Rok XL. Kraków, 23 Lutego 1901. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O tworach olbrzymich w tkankach gruźliczych [1].

Podał

Dr. Stanisław Droba.

W historyi komórek olbrzymich [2] zarysowują się dość wyraźnie dwa okresy; okres przedprątkowy, sięgający do roku 1882, i okres, rozpoczynający się z rokiem 1882 t. j. z chwilą ogłoszenia przez Kocha odkrycia, rozjaśniającego ostatecznie sprawę etyologii gruźlicy. W początkach pierwszego okresu uważano te twory za coś najzupełniej przypadkowego, wprost za igraszkę natury, nie mającą żadnego znaczenia, dopiero Langhans w pracy swej, traktującej o tworach olbrzymich, która się ukazała w roku 1868, opisał dokładnie główny i najczęstszy typ komórek olbrzymich i uznał je za istotny składnik gruzełka. Następne prace Klebsa, Köstera, E Wagnera, a szczególnie Schüppela poparły zapatrywanie Langhansa i sprawiły, że odtąd zwrócono uwagę na komórki olbrzymie, jako na stalą składową część tkanki gruźliczej i że zespolono te dwa pojęcia tak ściśle ze sobą, iż w tem upatrywać należy przyczynę wybitnego zwrotu w nauce o gruźlicy, jaki w tym właśnie czasie nastąpił. — Skoro komórkę olbrzymią uznano za niezbędną część składową gruzełka, skoro Schüppel wypowiedział nawet zdanie, że komórka olbrzymia daje początek innym pierwiastkom anatomicznym, wchodzącym w skład gruzełka, to nic dziwnego, że wyrobiło się przekonanie, iż rozwiązanie z gadki pochodzenia tych tworów wyjaśni ostatecznie tajemnicę gruźlicy. To też w logicznem następstwie rzeczy zjawia się cały szereg prac, usiłujących wytłómaczyć pochodzenie i znaczenie ich w procesie gruźliczym.

Ze względu na ciasne ramy, jakie zakreśliłem niniejszej pracy, nie będę wyliczał i krytycznie rozbierał rozpraw, w tym przedmiocie ogłoszonych, a poprzestanę na skreśleniu poglądów, jakie się wybiły w tym kierunku na plan pierwszy.

W okresie przedprątkowym zyskało najwięcej zwolenników zapatrywanie Klebsa, Köstera, Aufrechta, którzy utrzymywali, że komórki olbrzymie powstają w naczyniach chłonnych, a punktem wyjścia jest dla nich śródbłonek.

Obok tego zasługuje na podniesienie zapatrywanie Teodora Herynga z Warszawy, według którego tak zwane komórki olbrzymie odpowiadają podług wszelkiego prawdopodobieństwa przecięciu naczyń chłonnych. Drobnoziarnistą zawartość uważa za limfę, skrzepłą pod działaniem płynów, używanych do stwardnienia; komórki — za pierwiastki śródbłonkowe, zmienione skutkiem bujania.

Brodowski utrzymuje, że komórki olbrzymie powstają z nowotworzących się naczyń i to najczęściej z protoplazmatycznych ich zawiązków. Protoplazmatyczne wypustki naczyniowe nie dosięgają wskutek sprawy chorobowej ostatecznego rozwoju, polegającego na przekształceniu się w naczynia, lecz odsznurowując się rosną dalej same dla siebie przez podział jąder i wzrost pierwoszczy, dając w preparatach obrazy najrozmaitszego kształtu komórek olbrzymich.

W okresie drugim, zainaugurowanym przez odkrycie prątka gruźliczego, zapatrywania, co do pochodzenia tworów olbrzymich skupiają się około przedstawicieli dwóch głównie obozów. Szkoła francuska, w której widzimy nazwiska Cornila, Miecznikowa, Yersina, Stschastnego, Welckera, Leraya, Dembińskiego i innych, usiłuje wyprowadzić komórki olbrzymie z leukocytów i to ze zlewania się ich pierwoszczy, a także z podziału wielokrotnego ich jąder, bez podziału pierwoszczy. Niektórzy z nich, jak Miecznikow, Welcker, Yersin usiłują komórkom olbrzymim nadać rolę fagocytów.

Szkoła niemiecka, na czele której stoi Baumgarten, a obok niego Weigert, Podwysocki, Nägeli i inni, wyprowadza komórki olbrzymie z komórek tkanki stałej przez wielokrotny podział jąder, bez podziału ich pierwoszczy. Nieco odmienne stanowisko zajął w ostatnim czasie Kockel, według którego komórki olbrzymie powstają 1) ze szklistego skrzepu, z którego powierzchnią zlepiają się leukocyty i komórki śródbłonkowe, które następnie bujają; 2) przez pęcznienie i zlewanie się komórek śróbłonkowych.

Ilość prac, a jeszcze więcej rozmaitość poglądów na komórki olbrzymie w tkance gruźliczej dowodzą najlepiej, że sprawy za zupełnie wyjaśnioną uważać nie można, i że nawet tak rozpowszechnione zapatrywanie, jak Baumgartena, kryć musi w sobie słabe strony, jeżeli do ostatnich dni zjawiają się rozprawy, usiłujące dać inne w tym przedmiocie wyjaśnienie.

Wyniki moich badań, do których doszedłem na podstawie preparatów, otrzymanych z tkanek zwierzęcych, zakażanych sztucznie prątkiem gruźliczym i badanych w różnych odstępach czasu po zakażeniu ($^1/_2$ godziny — 8 tygodni), oraz na podstawie preparatów, otrzymanych z tkanek gruźliczych stawów ludzkich, doprowadziły mię do poglądu zupełnie odmiennego tak od zapatrywania Baumgartena i jego szkoły, jako też od poglądów badaczy francuzkich.

Z góry zaznaczam, że mam na myśli jedynie twory olbrzymie, spotykane w tkance gruźliczej, których najczęstszy typ opisał wybornie Langhans, a który się odznacza okrą-

[1]) Streszczenie pracy, ogłoszonej nakładem Akademii Umiejętności w Krakowie.

[2]) Virchow nazwał twory te komórkami olbrzymimi.

głym lub owalnym kształtem dużego ciała, otoczonego jedno- dwu- lub trzechwarstwowym wieńcem jąder.

Ponieważ nie załączam rycin, oddających obrazy drobnowidowe z moich preparatów, i nie mogę bez ich pomocy dać szczegółowego opisu każdego obrazu z osobna, przeto poprzestać muszę na opisie ogólnym obrazów, które ułożone we wzrastający szereg ilościowych zmian, zmusiły mnie niejako do wyciągnięcia ostatecznych niżej podanych wniosków.

W preparatach z tkanki gruźliczej, wziętej we wczesnych okresach po zakażeniu, uderzają przedewszystkiem zmiany w naczyniach, które dotyczą nie tylko ich ścian, ale także krwi, wypełniającej ich światło. Zmiany te są początkowo we wszystkich warstwach ściany jakościowo równe i polegają na pomnożeniu pierwiastków komórkowych. Zamiast w jednej warstwie, występują komórki śródbłonkowe ścian naczyniowych w dwóch i trzech warstwach, a nawet wypełniają całe światło naczyń krwionośnych i chłonnych. Komórki te występują we wczesnych okresach bardzo licznie i dają się bardzo łatwo odróżnić od krwinek białych (leukocytów) i innych komórek tkanek stałych. Łatwość ta rozróżnienia polega przedewszystkiem na tem, że się widzi ich ścisłą przynależność do warstwy wewnętrznej ściany naczynia, którą one wyścielają, a dalej że mają charakterystyczny kształt one same, a zwłaszcza ich duże bańkowate jądra, które się przedstawiają w preparacie okrągło, więcej lub mniej owalnie, zależnie od przekroju naczynia tak, że na odwrót, po ich kształcie i układzie można z wielką dokładnością ocenić jakość przekroju naczynia. Krwinki białe (leukocyty), które w początkowych okresach występują również bardzo obficie, odbijają bardzo wyraźnie od reszty komórek obrazu, zwłaszcza jeżeli się bada tkankę gruźliczą, braną z królików, gdyż wtedy pierwoszcza ich występuje w postaci pięknych żywo czerwonych ziarnek. — naturalnie jeżeli się preparat podbarwiało jednym z kwaśnych barwików, jak eozyna, fuchsyna kwaśna i t. d. Mam takie preparaty z królików, w których całe pole widzenia jest jakby posypane owemi ziarnami, łudząco podobnemi do gromad koków, które też rozmaici autorowie rozmaicie tłómaczyli.

Leukocyty te spotyka się w preparatach z tkanek ludzkich rzadziej, a z tkanek świnek morskich bardzo rzadko. Inna postać krwinek białych wyróżnia się rozmaitością kształtów jądra, rozpadłego często na kilka ziarn i barwiącego się znacznie silniej od jąder innych komórek.

Komórki śródbłonkowe są jakby napęczniałe, występują w naczyniach, trafionych poprzecznie, w jednej, dwóch a nawet trzech warstwach i otaczają wieńcowato treść naczynia, a więc krwinki czerwone i krwinki białe, odbijające bardzo wyraźnie od otoczenia i występujące w większej liczbie, niż w stanie prawidłowym. W warstwach dalszych ścian naczyń większych widać dużą ilość komórek tkanki stałej, a wśród nich mnóstwo rozrzuconych jąder i ziarn z rozpadłych jąder krwinek białych, które się tu przedostały zapewne wraz z osoczem, wskutek nadwerężenia ściany naczynia, a głównie warstwy śródbłonkowej.

W obrazach dalszych spotykamy zmiany większe. I tak warstwa wewnętrzna ścian naczyniowych traci budowę — granice pierwoszczy komórek śródbłonkowych się zacierają, wskutek czego mamy w miejscu warstwy komórek pas masy bezpostaciowej, jednolitej lub ziarnistej, utkany utrzymanemi jądrami tychże komórek. Zmiany te, ograniczone początkowo do samej warstwy śródbłonkowej, rozprzestrzeniają się na wewnątrz i zewnątrz, wciągając w swój zakres z jednej strony skrzepłą poprzednio krew, a z drugiej pierwoszczę komórek, otaczających bezpośrednio warstwę śródbłonkową, lub tylko ich wypustki, przyczem jądra tych komórek i jądra krwinek białych utrzymują, jako więcej odporne, swe kształty.

Zmiany w warstwach dalszych ścian naczyniowych, o których wspomniałem powyżej, postępują również dalej. W miejscu włókien mięśni gładkich i tkanki łącznej, stanowiących ścianę naczynia, widać współśrodkowo ułożone szeregi komórek o charakterze komórek przybłonkowatych z dużemi pęcherzykowatemi jądrami. Komórki te bądź to ściśle przylegają do siebie i do opisanego pasa bezpostaciowej masy, bądź też łączą się z nim i ze sobą zapomocą wypustek, co zależy od tego, czy zajmują miejsce zbitszych tkanek warstwy środkowej i zewnętrznej ściany naczynia większego, czy też zajmują miejsce luźnej tkanki łącznej, otaczającej naczynie włosowate.

Przyczyną opisanych zmian jest prątek gruźliczy, znajdowany w mych preparatach w bardzo wielkiej ilości w warstwie wewnętrznej ścian naczyniowych, a w mniejszej ilości w świetle i w dalszych warstwach ich ścian.

Zmiany początkowe, odnoszące się do wszystkich warstw ścian naczyniowych, a polegające na pomnożeniu pierwiastków komórkowych, są wyrazem zadrażnienia; późniejsze zaś, odnoszące się do warstwy wewnętrznej i do treści światła naczynia, są wyrazem pewnego stopnia przemian wstecznych, właściwych działaniu prątka i jego produktów, które W e i g e r t określa mianem „nekrobiozy", prowadzącej ostatecznie do wytworzenia mas serowatych.

Zmiany późniejsze w dalszych warstwach naczynia, polegające na zastąpieniu tkanek *(tunica media et adventitia)* współśrodkowo ułożonemi komórkami o charakterze przybłonkowatym z dużemi pęcherzykowatemi jądrami, są wyrazem z jednej strony odczynu tkanek, otaczających obumierającą masę, z drugiej zadrażnienia, spowodowanego obecnością prątków, znajdujących się tu w małej ilości, a także obecnością rozpadających się krwinek białych i wylanego tu osocza.

Wynikiem przemian wstecznych jest w moich preparatach jednolita lub lekko ziarnista bezpostaciowa masa, w którą się przemienia najpierw wewnętrzna warstwa ściany naczynia i to w różnej szerokości na zewnątrz, a także treść naczyń, a więc krew, skrzepła już poprzednio, o czem świadczą siateczki włóknika, spostrzegane w świetle tych naczyń, w których dopiero część krwi uległa powyżej wymienionej przemianie wstecznej, część zaś zachowała jeszcze dobrze utrzymane kształty swych morfologicznych składników. Przemianom wstecznym ulega przedewszystkiem pierwoszcza komórek, jądra zaś zatrzymują dłużej swój kształt i ztąd widać wśród mas bezpostaciowych jądra komórek śródbłonkowych, krwinek białych, a i komórek przybłonkowatych, sąsiadujących z warstwą śródbłonkową.

Wynikiem zmian w dalszych warstwach naczynia jest tkanka ziarninowa składająca się z komórek różnego kształtu. Wśród nich rozpoznać można często bardzo dokładnie komórki tkanki łącznej, a także komórki mięśni gładkich, jeżeli zmiany nie posunęły się jeszcze zbyt daleko; później komórki te mają charakter komórek przybłonkowatych, duże pęcherzykowate jądra, leżą we współśrodkowych szeregach

ściśle koło siebie, lub łączą się ze sobą zapomocą wypustek. Pierwoszcza komórek, otaczających bezpośrednio warstwę śródbłonkową, jak to już powyżej nadmieniłem, ulega w całości lub częściowo powyżej opisanym przemianom wstecznym.

Przekroje tak zmienionych naczyń dają obrazy tworów, uważanych za komórki olbrzymie.

Rzekoma pierwoszcza, to wynik obumierającej pierwoszczy komórek śródbłonkowych i skrzepłej krwi, wieniec jąder, to utrzymane jądra komórek śródbłonkowych.

Za słusznością wymienionego zdania przemawiają w dalszym ciągu trzy okoliczności: 1) kształt tworów olbrzymich; 2) ułożenie i kształt jąder; 3) obecność i usadowienie prątków gruźliczych w tworach olbrzymich.

Dwie pierwsze okoliczności zależeć powinny: 1) od wielkości średnicy zmienionego naczynia; 2) od ułożenia się ścian naczynia; 3) od przebiegu naczynia i jego rozgałęzień; 4) od kierunku cięcia.

Kształty tworów w moich preparatach odpowiadają powyższym warunkom: twory małe, okrągłe, otoczone kolistym wieńcem jąder, poprzecznie trafionych, odpowiadają poprzecznemu przekrojowi naczynia włosowatego. Twory duże, okrągłe, odpowiadają poprzecznemu przekrojowi naczyń większych, między nimi spotyka się często bardzo charakterystyczne obrazy, odpowiadające poprzecznemu przekrojowi większych naczyń i podłużnemu przekrojowi ich rozgałęzień; kształt i wielkość jąder wieńca poprzecznie trafionego są zupełnie proporcyonalne do wielkości i kształtu jąder rozgałęzień, podłużnie trafionych. Twory owalne odpowiadają skośnemu przekrojowi naczyń. Kształt i układ jąder zgadza się z tem mniemaniem najzupełniej. Inne najrozmaitszego kształtu twory w moich preparatach dadzą się z wielką dokładnością wytłómaczyć kombinacyą przedstawionych powyżej warunków.

Na kształt tworu wpływać może jeszcze samo jego otoczenie, a właściwie rozległość zmian wstecznych. I tak w przypadkach, w których zmiany wsteczne nie przekraczają warstwy śródbłonkowej, mamy twory o wyraźnie obrysowanych granicach; w przypadkach zaś, w których zmiany zajmują sąsiednie komórki, lub ich wypustki, tworzy z wypustkami.

Komórki przybłonkowate tkanki ziarninowej, powstałej z tkanek warstwy środkowej i zewnętrznej naczyń większych, lub z tkanki, otaczającej luźno naczynia włosowate, zachowują stosownie do pierwotnego przebiegu włókien układ współśrodkowy i dają obraz pierwszego okresu gruzełka. Komórki te ułożone są ściśle obok siebie, lub łączą się luźnie ze sobą zapomocą wypustek, dając w drugim przypadku obrazy guzełków siatkowatych dawnych autorów.

Za słusznością wypowiedzianego twierdzenia przemawia, jak to już zaznaczyłem, obecność i usadowienie prątków gruźliczych, które występować powinny głównie na obwodzie tworów, wśród, na wewnątrz i zewnątrz wieńca jąder, a mniej obficie w środku tworów, gdyż w naczyniach występują one rzeczywiście, jak to z moich preparatów wynika, najobficiej w warstwie wewnętrznej ściany naczynia, między komórkami śródbłonkowemi, na zewnątrz i wewnątrz od nich, a bardzo skąpo w środku ich światła. I tak w rzeczywistości jest, a zgadzają się z tem także badania Weigerta, wykazujące, że prątki gruźlicze są rozmieszczone w „komórkach olbrzymich“ na obwodzie — wśród wieńca jąder, a nie w środku, jak twierdzą inni badacze. Za mojem twierdzeniem przemawiają także badania starszych i nowszych autorów. Pomijając inne, chce zwrócić uwagę na pracę Schmausa i Albrechta, którzy w gruzełkach znajdowali masy *„fibrinoidu“*, i to masy występujące wśród komórek przybłonkowatych w różnej formie, a głównie w postaci kanalików. Otóż masy te, a w szczególności owe kanaliki, nie są zdaniem mojem niczem innem, jak rozgałęzieniami naczyń, zmienionych w opisany powyżej sposób, a trafionych najrozmaiciej cięciem. W końcu, ku wzmocnieniu mego poglądu dodać muszę, że jedynie on zdolny jest dać wytłómaczenie charakterystycznego układu jąder, którego ani pogląd szkoły francuskiej, ani pogląd Baumgartena i rozumowanie Weigerta nie są w stanie wytłómaczyć, podobnie jak żadne inne tłomaczenie nie wyjaśnia obecności gromadek dobrze utrzymanych krwinek czerwonych w tworach olbrzymich. Obrazy takie są w mych preparatach bardzo liczne, a niektóre z nich nadzwyczaj charakterystyczne. — I tak, mam obrazy, w których górną część zajmuje bezpostaciowa masa, otoczona półkolem jąder, dolną zaś dobrze utrzymane krwinki czerwone, otoczone łukiem komórek śródbłonkowych, łączącym się z górnem półkolem jąder w zamknięte koło. Patrząc na dolną część obrazu, widzi się naczynie krwionośne, którego górna część uległa przemianie wstecznej; patrząc na górną część widzi się połowę typowego tworu olbrzymiego, powstałego z górnej części naczynia, któreby było w przyszłości uległo w całości takiej samej przemianie Mam takie obrazy, które można uważać tak dobrze za twory, jak za zmienione naczynia.

Kończąc wywody, zaznaczam raz jeszcze, że tłómaczenie moje dotyczy tworów olbrzymich, charakterystycznych dla tkanki gruźliczej, a opisanych dokładnie po raz pierwszy przez Langhansa, a pomija komórki o dwóch, trzech, a nawet czterech jądrach, które mają charakter komórek przybłonkowatych i występują w gruzełku podobnie, jak w każdej innej tkance ziarninowej.

II. Z kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka Uniwersytetu lwowskiego.

Siderosis bulbi.

Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, połączone z badaniem preparatów zapomocą odczynników mikrochemicznych na żelazo.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Przypadek ten jest tem ciekawy, że w przeciągu 3ch dni po operacyi wydobycia zaćmy powstał świeży wieniec bardzo wybitnych punktów rdzawych na resztkach zaćmy. Rozpuszczanie się więc żelaza, które tkwiło w gałce, i następowe osadzenie się go w stanie nierozpuszczalnym, następowało tutaj bardzo szybko; działanie więc chemiczne żelaza musiało być silne, a mimo tego ani zapalnego stanu gałki,

ani zwyrodnienia siatkówki w przeciągu przeszło dwuletnim nie wywołało. W miarę wsysania się resztek kory soczewkowej znikały i rdzawe złogi, przynajmniej dla oka, mimo że ciało obce tkwiło w gałce.

Z przebiegu tego przypadku wnoszę, że kawałek żelaza, który się dostał do oka, był zupełnie aseptyczny i zranienie oka bardzo nieznaczne, skutkiem czego oko od samego początku było niezadrażnione. Wpływ chemiczny żelaza wystąpił tutaj tylko w postaci wieńca złogów rdzawych pod torebką soczewki, zaćmiewającej się skutkiem urazu. „Siderosis“ była pośrednią.

Przypadek II. Władysław Gerot, l. 23, czeladnik kowalski, ze wsi Podosilno, powiatu przemyślańskiego, zgłosił się do kliniki d. 30 grud. 1899. (N. 24 M. 1899). Wywiady. Dn. 29-go grud. 1899 przy kuciu wpadł mu kawałek żelaza do oka lewego.

Stan obecny: Lo. Gałka przy dotyku bolesna. Mierne nastrzykanie spojówkowe i rzęskowe. W wewnętrznej połowie rogówki, w południku poziomym, rana pozioma długości 1·50 mm., naprzeciw niej brzeg źreniczny przecięty na szerokość 1 mm; źrenica miernie, szeroka po zastosowaniu atropiny dość dobrze się rozszerza; w miejscu przeciętej tęczówki, znajduje się tylna przyczepina. Tęczówka przekrwiona. Na torebce soczewkowej, naprzeciw ranki rogówkowej, pęknięcie; w tym punkcie miejscowe zaćmienie soczewki w przednich i tylnych warstwach. Obok tego kliny zaćmiewającej się soczewki. Po za soczewką przy oświetleniu ogniskowem widać płatowate, szare, ruchome zaćmienia w ciele szklanem. Wziernik: dno nie prześwieca.

V l. o. palce: 1 m. T = n.

Pole widzenia wogóle nieco ścieśnione z wycinkiem w dole i wewnątrz.

Rozpoznanie: *Vulnus corneae, iridis et lentis, iridocyclitis, cataracta traumatica, opacitates corporis vitrei, corpus ferreum in bulbo sinistr.*

Badanie promieniami Roentgena dało wynik ujemny.

Chory nie zdecydował się na wyjęcie żelaza elektromagnesem Hirschberga. Ułożono więc chorego w łóżku i stosowano zapuszczanie atropiny i zimne okłady. Soczewka powoli coraz więcej się zaćmiewała, a skoro pęczniejące jej masy wypełniały $^2/_3$ części przedniej komory, wypuszczono je dn. 1 lut. 1900 cięciem linijnem rogówkowem.

4 marca 1900. V l. palce: 0·75 m. palce: 1·25 m. c + $11_{,0}$ D. Lo Oko blade. Ranka rogówkowa zabliźniona, dolny jej brzeg lekko zaciemniony. W rankę wrosła torebka soczewki; źrenica szeroka, zasłonięta dość grubą warstwą resztek. Dołem i wewnątrz w źrenicy dwa małe czarne otworki, przez które dno prześwieca różowo, szczegółów jednak nie widać. Chory na własne żądanie opuszcza klinikę.

27 kwiet. 1900. Chory powtórnie przyjęty do kliniki. Lo. Światłowstręt i łzawienie. Gałka na dotyk w okolicy ciałka rzęskowego bolesna. Nastrzykanie spojówkowe i rzęskowe mierne. Tęczówka silnie przekrwiona, źrenica zasłonięta grubą błoną wypocinową. Badanie sideroskopem daje dołem, nieco ku nosowi, głęboko w załamku odchylenie igiełki do 100°. Skoro teraz chory zgodził się na operacyę wydobycia żelaza elektromagnesem Hirschberga, wykonano ją dnia 16-go maja 1900 z wynikiem ujemnym. Objawy zapalne ciągle się wzmagały, poczucie światła znikło. Z powodu bólów wykonano dn. 19 czerwca 1900 *enucleatio bulbi sinistr.*

Badanie anatomiczne: Formalina 10% 24 godz. Alkohol. Kształt gałki dobrze utrzymany. W odległości 11 mm. od obrąbka ku dołowi kawałek żelaza (2·10 × 1·0 × 0·35 mm.) leży w ciele szklanem, szaro galaretowatem, tuż na ścianie gałki, w ścianę nie wklinowany; przy ciągnięciu jednak kawałka żelaza pincetą czuć opór naciągającego się zrostu między ciałem obcem a ścianą gałki. Od blizny po ranie rogówkowej, zadanej przez ciało obce, ciągnie się po ścianie gałki blizna biało-szara długości 12 mm., szeroka 3 mm; siatkówka w tem miejscu zrośnięta ze ścianą gałki. W dalszym ciągu blizny widać po odchyleniu siatkówki podłużną plamę w naczyniówce, parę mm. długą i szeroką, jaśniejszą od otoczenia, odpowiadającą ubytkowi barwika. W środku tej plamy nieregularne cisawe zabarwienie. Bliznę tę przecina skośnie blizna po cięciu twardówkowem, zrobionem w celu wydobycia żelaza elektromagnesem. Ku dołowi, w odległości 8 mm. od końca blizny urazowej, leży ciało obce, zrośnięte ze ścianą gałki; zrost ten jest oddzielnym od blizny w. o. Po za ciałem obcem 3 mm. ku tyłowi i górze widzimy przez siatkówkę po odpreparowaniu nieprzeźroczystego c. szklanego plamę owalną (długość owalu 6 mm.), nieco jaśniejszą od otoczenia, z brzegiem ostro odgraniczonym, tworzącym jaśniejsze kółko. Siatkówka w tem miejscu nie daje się pincetą odsunąć od naczyniówki. W okolicy blizny między siatkówką a naczyniówką znajduje się cienka warstwa galaretowatego, szarego, wiotkiego nacieku. W tylnej części gałki siatkówka wydaje się zgrubiałą, powierzchnia jej pokryta szarym galaretowatym nalotem. Siatkówka lekko odstaje tutaj od ścian gałki.

Badanie drobnowidowe. Preparaty drobnowidowe przeglądał kolega Dr. Krzyszkowski, a za niektóre uwagi, tyczące się opisu zmian drobnowidowych, na tem miejscu serdecznie mu dziękuję. Na odcinku zewnętrznym przekroju pionowego widzimy: rogówka zmian nie przedstawia. Komórka przednia miernie głęboka, wypełniona masą o wejrzeniu jednostajnem, zagęszczoną na obwodzie, barwiącą się hematoksyliną na kolor szaro-niebieskawy; gdzieniegdzie przegląda siateczka włóknika i leukocyty (wypocina surowiczo-włóknikowa). Tęczówka w górnej swej części jest przyrośnięta na obwodzie do tylnej powierzchni rogówki na przestrzeni $^1/_3$ szerokości; brzeg jej wewnętrzny wywinięty ku tyłowi i przyrosły do obfitych mas tkanki ziarninowej młodej z wynaczynieniami, która to tk. ziarninowa obrasta torebkę soczewkową, tworząc po za tęczówką warstwę 2 mm. grubą. Brzeg źreniczny tęczówki od dołu zgrubiały, naciekły, zrośnięty również z tk. ziarninową młodą, wypełniającą źrenicę; na niej znajdujemy liczne grudki czarno-brunatnego barwika w komórkach. Przybłonek ciała rzęskowego przedstawia się prawidłowo. Tuż po za ciałem rzęskowem przybłonek barwikowy siatkówki okazuje lekkie wybujałości. Siatkówka w przedniej części gałki przylega dobrze do naczyniówki, w tylnej części odstaje nieco od niej, (skutkiem stwardnienia). Można wyraźnie odróżnić na niej wszystkie warstwy siatkówki: warstwa czopków i pręcików są przeważnie zniszczone. Tarcza n. wzrokowego we wnęce okazuje lekkie drobnokomórkowe nacieczenie i tu znajdujemy nieliczne ziarnka barwika brunatnego. Przybłonek barwikowy siatkówki wszędzie przylega ściśle do naczyniówki; niektóre jego komórki zawierają mniej barwika i są większe, więcej okrągłe i wystają nieco ku wewnątrz. Z tej części gałki, gdzie leżało ciało obce i gdzie były zrosty siatkówki z naczyniówką, preparatów drobnowidowych jeszcze nie robiłem, w celu zachowania preparatu anatomicznego do demonstracyi.

Z tego anatomicznego badania wnoszę, że ciało obce, przebiwszy rogówkę i soczewkę, biegło po ścianie gałki ku tyłowi, odbiło się następnie od ściany gałki w miejscu, gdzie się kończy blizna urazowa i zaczyna cisawe zabarwienie naczyniówki, idąc ku dołowi i zewnątrz uderzyło o ścianę gałki w miejscu, gdzie siatkówka zlepiona z naczyniówką, tworzy plamę jaśniejszą, a następnie ztąd już nie odbiło się 2-gi raz, bo na to potrzebowałoby bardzo znacznej siły,

ale wolno opadło ku dołowi i ku przodowi i utkwiło w ciałku szklanem, wywołując w tem miejscu zapalenie zlepne. Z badania anatomicznego widzimy, że ciało obce wywołało dość silną reakcyę miejscową; cała droga, którą ciało obce szło, zaznacza się reakcyą zapalną. Obok blizny mamy wypocinę zapalną i zrosty z otoczeniem.

Badanie mikrochemiczne. Najwybitniejsza reakcya błękitu berlińskiego wystąpiła w tk. ziarninowej, wypełniającej źrenicę. Tutaj na tle rozlanego zabarwienia błękitu widzimy intenzywnie niebiesko zabarwione grudki barwika, zawartego w komórkach. Obok tego mamy grudki niebieskie u nasady ciała rzęskowego i na tęczówce w tem miejscu, gdzie jest zrośniętą z tylną powierzchnią rogówki Na przybłonku torebki soczewkowej i ciała rzęskowego nie widać reakcyi. Na przybłonku barwikowym siatkówki również. Preparaty, włożone na 48 godzin do 5% kw. solnego, nie okazują śladu reakcyi Perlsa.

„Siderosis“ więc w tym przypadku jest pochodzenia ksenogenetycznego, co zgadza się z przebiegiem klinicznym, wynaczynień krwi bowiem większych nie stwierdzono. Z badania tego widzimy, że obok tkanki ziarninowej, ciała rzęskowego i tęczówki, nigdzie reakcya nie wystąpiła; mamy tu więc wprawdzie do czynienia ze „siderosis“ pośrednią, ale w nizkim stopniu; zaś zmiany zapalne dość znaczne i te, sądzę, były bezpośrednią przyczyną utraty wzroku. Zmiany te zapalne odnoszą w pierwszym rzędzie do urazu, który zadało ciało obce; uraz najpierw był przyczyną *iridocyclitis*, zaś działanie chemiczne żelaza podtrzymywało później sprawę zapalną. (C. d. n.).

III. *Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie, podał Dr. Rafał Spira.*

(Dokończenie).

Nie należy również odwlekać leczenia chorób nieżytowych i ropnych ucha środkowego. Każdy dzień zwłoki może stwarzać nową przeszkodę dla zupełnego wyleczenia i skoro już przyszło raz do przedziurawienia, zgrubień, zwapnień, zaniku, zabliźnień, zrostów i t. p. zmian w uchu środkowem. to pozostaje już na zawsze mniejsza lub większa utrata słuchu. W innych przypadkach błędnik zostaje następowo naruszony, co zwykle pociąga za sobą nieuleczalną głuchotę. Już Hilde gorzko narzeka, że lekarze nie zwracają dość uwagi na stan uszu w przebiegu płonicy, co często prowadzi do stałej głuchoty a u osób młodszych także do głuchoniemoty. Blau twierdzi, że ciężkie powikłania uszne po płonicy tylko w części zależą od pierwotnej złośliwości sprawy chorobowej zasadniczej, a po największej części mają swoją przyczynę w zaniedbaniu cierpienia usznego. A jakże często zaniedbanie ropienia w uchu przyczynia się do rozszerzania się sprawy chorobowej na sąsiednie części mózgu i następowo do powikłań śródczaszkowych, sprowadzających nieraz i śmierć. Gruber na 40.073 sekcyj stwierdził 1.806 razy, że przyczyną śmierci były sprawy zapalne śródczaszkowe, a między temi ostatniemi naliczył 232 przypadków, w których te choroby powstały w następstwie chorób usznych, t. j. 0·58%, względnie 12·8%. Przytem wyraża Gruber swoje głębokie przekonanie, że w znacznej części przypadków przeoczono związek zaburzeń śródczaszkowych z chorobami usznemi, o których obecności nie miano świadomości. Spostrzeżenia Heimana, oparte na 10.000 chorych na uszy w szpitalach, wykazują śmiertelność z tych chorób 1·38%. Często przewlekły ropotok uszny prowadzi do ogólnych zaburzeń odżywczych, a wreszcie wycieńczenia chorego, wywołającego zwyrodnienie rozmaitych narządów wewnętrznych. Skutkiem połykania wydzieliny ropnej, spływającej przez trąbkę do gardła, może przyjść do samozakażenia ustroju, do różnych chorób dróg oddechowych i przewodu pokarmowego. W ten sposób choroby uszne mogą podkopywać cały ustrój ludzki, wywierać zgubny wpływ dla rozwoju umysłowego, fizycznego i zagrażać życiu (Heiman.)

A jakże zazwyczaj ogół zapatruje się na choroby uszne? Na nieszczęście można jeszcze często spotkać ludzi, hołdujących smutnym przesądom, że ropienie z ucha jest pożytecznem, gdyż oczyszcza mózg. Inni znowu sprzeciwiają się wyleczeniu tej choroby z obawy, aby się nie przeniosła na inne ważniejsze narządy ustroju, albo też zadowalniają się przestrzykaniem ucha od czasu do czasu rumiankiem, a rzadko tylko zdarza się, że takie dzieci poddaje się energicznemu, systematycznemu i umiejętnemu leczeniu. W ten sposób sprawa chorobowa niszczy coraz więcej ważne części narządu słuchowego i jeżeli nie sprowadza groźnych dla życia powikłań, to z pewnością pociąga za sobą zmiany nie dające się później usunąć, czyniąc głuchotę nieuleczalną. Nawet jeżeli po dłuższem ropieniu wydzielina sama ustaje, to i wtedy zwykle pozostaje nie dające się już poprawić upośledzenie słuchu, bądź przez zniszczenie błony bęb., kostek słuchowych i t. p., bądź też przez rozszerzenie się sprawy chorobowej na błędnik. Doświadczenie poucza, że w niektórych chorobach jak np. w płonicy i in ciężkie zapalenia w uchu mogą przebiegać skrycie i nie wpadać w oczy, a powszechnie wiadomo, że wielu, a może nawet największa część lekarzy praktycznych nie zwraca nigdy uwagi na ucho, jeśli z niego nie płynie ropa. A cóż dopiero mówić o lekarzach, którzy w znacznej liczbie zachowują się obojętnie względem chorób usznych i na których w znacznej części spaść musi odpowiedzialność za lekkomyślność i niedbałość ogółu publiczności w obec chorób narządu słuchowego. Zanadto niestety trafne i uzasadnione są słowa Heimana: „ma się rozumieć, ludzie tacy istnieją i zawsze istnieć będą tacy, dla których powagi i nie bardzo rozległego umysłu wygodniej jest nie zwracać uwagi na to, co się dokoła nich dzieje lub też zamykać oczy na fakta dokonane“. Że tej niedbałości w znacznej mierze przypisać należy nieuleczalność pewnych daleko posuniętych, a w początku lekceważonych chorób usznych, oraz trwałą głuchotę wielu chorych, to nie ulega dziś żadnej wątpliwości. A przecież możnaby często było uchronić chorego od przejścia choroby w stan przewlekły, nieuleczalny i zachować jeszcze to, co nie uległo ostatecznemu zniszczeniu.

„Prevenire é meglio che reprimere nell' ordine fisico come nel morale“ powiada Sormani. Najważniejszem zadaniem jest zatem nie czekać, lecz przystąpić do leczenia choroby zaraz po jej pojawieniu się, gdyż zaniedbaniu takiemu, zwłaszcza w ropnych zapaleniach usznych, często przypisać należy późniejszą głuchoniemotę. Niestety, dopóki lekarze nie wzdrygają się każdą chorobę uszną leczyć bezkrytycznie i szablonowo wkraplaniem olejków, albo parowaniem ucha, dopokąd w ropieniach usznych po płonicy prawią „o niewinnym nieżycie przewodu usznego“, dopóki nie będzie uznaną potrzeba poddawania chorych na uszy fachowemu i specyalnemu leczeniu, jednem słowem dopokąd większość lekarzy i władze tak małą użyczają uwagi tej najmłodszej latorośli chirurgii i jej znaczenia nie uznają, uważając poważne zaburzenia w narządzie słuchowym za „quantite negligeable“, dopóty nie można się spodziewać zwrotu na lepsze ani oczekiwać poprawy na tem polu.

Oprócz leczenia należy także uwzględnić u uczniów stopień bystrości słuchu. Według znanego prawa akustycznego siła głosu zmniejsza się odpowiednio do kwadratu odległości. W tym samym stosunku wzrastać musi natężenie głosu nauczyciela, jeżeli wszyscy uczniowie słyszeć go mają. Według Gellé szerokość 8—9 metrów jest najpożądańszą dla izby szkolnej. Rozumie się, że akustyka jest tem gorszą, im więcej otoczenie szkoły jest hałaśliwe, im cieńsze są ściany pokoju. Narzuca się więc myśl, aby dzieci, którym słyszenie

z odległości 3—4 metrów jest niemożliwe, posadzić bliżej nauczyciela. Gdzie więcej znajdzie się tą wadą dotkniętych uczniów, tam pożądanem jest utworzyć dla nich osobną klasę. U dziecka, które nabyło głuchotę, należy się starać przez stosowne ćwiczenia, żeby nie zapomniało słów już mu znanych, by w ten sposób zapobiedz następowej niemocie. Z skierowaniem do zakładu dla głuchoniemych nie powinno się czekać tak długo, aż dziecko obok słuchu straci także i mowę.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy, wynika, że dla działania wspólnego władz szkolnych i sanitarnych otwiera się świetna perspektywa. Nie posiadamy żadnych wykazów, tyczących się liczby, głuchoniemych, albo wogóle cierpiących na słuch uczniów w szkołach galicyjskich. Z częstości atoli chorób zakaźnych u nas przypuścić należy, że liczby te są bardzo wysokie. A jakieby to było zadanie wdzięczne, gdyby władze galicyjskie zarządziły w pierwszym rzędzie zestawienie statystyczne co do częstości chorób narządu słuchowego w kraju, a następnie systematyczne badanie całej młodzieży szkolnej w celu oznaczenia stopnia bystrości słuchu i obecności chorób, prowadzących do głuchoty; dalszem następstwem byłoby zarządzenie i przestrzeganie odpowiednich przepisów higienicznych względem narządu słuchowego, oraz poddanie dzieci, chorych na uszy, stósownemu leczeniu. Jest to pewnikiem niezbitym, że postępowanie takie przyczyniłoby się dobitnie do zmniejszenia liczby głuchych i głuchoniemych w kraju, względnie w państwie i co za tem idzie, do zmniejszenia niedoli, a do poprawy dobrobytu materyalnego i do podniesienia poziomu moralnego i umysłowego ludności. „Jedynym celem medycyny jest higiena, leczenie powinno zawsze być poparte przez higienę“ (Tommassi). Jest to zadanie tak ważne, tak doniosłe, tak płodne w skutkach i szlachetne w celach, że trudno uwierzyć, jak mogło być do tego czasu zaniedbane. Choroby te powinny w higienie szkolnej odgrywać pierwszorzędną rolę, ważniejszą, a co najmniej równie ważną, jak jaglica. Dalsze zaniedbanie tej sprawy byłoby mojem zdaniem grzechem, popełnionym przez władze wobec społeczeństwa, skuteczna zaś inicyatywa musiałaby pociągnąć za sobą trwałe i błogie następstwa.

Na podstawie tych wywodów pozwalam sobie przedłożyć wniosek do uchwały następującej treści:

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich wzywa władze, ażeby zarządziły: 1) zestawienie statystyczne liczby głuchych i głuchoniemych w kraju, oraz zbadanie przyczyn tego kalectwa i obecnego stanu narządu usznego u badanych. 2) Zbadanie przez władze szkolne i sanitarne wszystkich dzieci szkolnych pod względem bystrości ich słuchu i poddanie chorych na uszy uczniów stósownemu specyalnemu leczeniu.

IV. Oceny i sprawozdania.

H. Schramm. **Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego.** Część I. Lwów, nakładem H. Altenberga 1901.

Pracując od szeregu lat, jako chirurg w szpitalu św. Zofii dla dzieci we Lwowie, miał autor w zupełności prawo do opracowania chorób chirurgicznych, wydarzających się w wieku dziecięcym. Z podjętego zadania wywiązał on się, o ile z ogłoszonej pierwszej części, traktującej o chorobach stopy, podudzia i kolana, wnioskować można, w sposób znakomity. Oparty na rozległem własnem doświadczeniu i na dokładnej znajomości piśmiennictwa, przedstawił rzecz jasno, zrozumiale i zwięźle tak, że po przeczytaniu poszczególnych rozdziałów nabiera czytelnik dokładnego wyobrażenia o obecnym stanie nauki i sztuki lekarskiej, co do poruszonych tam spraw. Liczne ilustracye, zaczerpnięte jużto ze znakomitych podręczników, ogłoszonych w językach obcych, już też zdjęte z fotografij pacyentów, operowanych przez autora, jak niemniej tu i owdzie podane historye chorób rzadszych przypadków, ułatwiają w wysokim stopniu zrozumienie przedmiotu. Tu i ówdzie odzywają się głosy, że podobny separatyzm, jak ten, który uwidocznia się w tytule „choroby chirurgiczne wieku dziecięcego“ naukowo nie jest uzasadniony, że można napisać „ortopedyę“, dzieło o chorobach wrodzonych“ i t. p., ale że nie leży w interesie nauki, by n. p. odróżniać stłuczenia i złamania u dzieci, od tychże cierpień u dorosłych. Nie tu miejsce, by przytaczać argumenta, przemawiające za tem twierdzeniem, lub przeciwko niemu; nie myślę też wchodzić w jego naukowe uzasadnienie; ze stanowiska praktycznego musimy przyznać, że np. złamania kości u dzieci szybciej się goją i nieraz innego wymagają leczenia, niż u dorosłych. Lekarz praktyczny, chcąc się w danym razie szybko poinformować, ma przez podobny „separatyzm“ znacznie ułatwioną oryentacyę, — a o ile z ogłoszonej części dzieła wnosić mogę, pisał autor swą książkę głównie dla lekarzy praktycznych.

Strona zewnętrzna dzieła przedstawia się wcale okazale i przynosi chlubę ruchliwej firmie nakładcy. *Trzebicky.*

V. Wyciągi.

Waldvogel. **O zachowaniu się punktu marznięcia krwi w przebiegu duru brzusznego.** *(Deutsche med. Wochs.,* Nr. 46, 1900). Podczas epidemii duru w Getyndze badał autor punkt marznięcia surowicy krwi chorych na dur brzuszny, którą otrzymywał w celu wykonania reakcyi Widala. Do oznaczeń punktu marznięcia nie używał przyrządu Beckmanna, lecz urządzenia prostszego, jakiem się posługiwał Dreser do oznaczania punktu marznięcia moczu, a które się składa z probówki szerokiej, umieszczonej w naczyniu z lodem, z probówki drugiej węższej, wsuniętej zapomocą kauczuku do probówki szerszej i ciepłomierza $^1/_{100}$ cz. stopnia. Do probówki węższej wlewa się około 5 ctm.^{3} surowicy, zanurza w niej całkowicie naczyńko ciepłomierza, który powinien być tak w rurce na kauczuku przymocowany, aby nie dotykał ścian rurki. Surowicę otrzymuje z krwi żylnej, którą chwyta do probówki wyjałowionej, przepłókanej uadto wodą, wyskokiem i eterem. Krew tę trzyma na lodzie przez 2×24 godzin, poczem oddziela surowicę, która przedstawia się bezbarwnie: słabe zabarwienie żółtawo-czerwone nie wpływa ujemnie na wynik oznaczenia. W razie potrzeby należy surowicę rozcieńczyć wodą; w takim wypadku naturalnie mnoży się wartość otrzymaną dla Δ przez stopień rozcieńczenia. Otrzymane wyniki zestawił autor w tablicach. Tablica I wykazuje, że wartość dla Δ jest znacznie wyższą od punktu marznięcia surowicy krwi prawidłowej (0·54—0·58), gdyż wynosi od 0·54—1·68; dalej wykazuje tablica, iż najwyższe wartości dla Δ spotykamy u ozdrowieńców, najniższe zaś zbliżone są do wartości prawidłowej u chorych z bardzo ciężkim przebiegiem duru, względnie śmiertelnym. Tablica wykazuje również, iż wysokość wartości Δ niezależną jest od stopnia gorączki, ani od chyżości tętna, ani ilości oddechów. Zważywszy, iż punkta marznięcia u chorych na dur są częstokroć znacznie wysokie, nie możemy ich również odnieść do zagęszczenia krwi, gdyż taka n. p. wartość $\Delta = 1·11$ odpowiadałaby zagęszczeniu równającemu się utracie 48% wody we krwi. Druga tabliczka wykazuje, iż zwiększenia Δ nie możemy tłómaczyć zatrzymaniem we krwi produktów spalenia, niewydzielonych przez nerki, powodujących napady mocznicowe *(uraemia)*, które bywają powodowane nie tyle ilością, lecz jakością istot trujących, we krwi zatrzymanych. Tablica III potwierdza tłómaczenia wyników tablicy II: wykazuje ona, iż nie ma związku między wartością Δ dla surowicy, a takąż wartością dla moczu: również brak związku między ilością moczu, ilością chlorków, azotu i pojawiającego się chlorku w moczu. W tabl. IV porównuje autor punkta marznięcia surowicy z odczynem Widala i jakkolwiek nie znajduje stanowczo związku między wartością Δ a stopniem aglutynacyi, to jednak z niektórych liczb zdaje się przecież zachodzić związek. Okoliczność tę należałoby stwierdzić i wykazać liczniejszemi i ściślejszemi, w tym kierunku przeprowadzonemi badaniami. Również w tabl. V, w której autor porównuje pojedyncze składniki surowicy (NaCl, N i alkaliczność) z wartością Δ, nie udało się wykazać związku tych czynników, prawdopodobnie, jak sam autor twierdzi, z powodu małej liczby i braku dokładniejszej obserwacyi. Z dotychczasowych badań dochodzi autor do wniosków, że: 1) nie każde podwyższenie punktu marznięcia surowicy stoi w związku z przypadami mocznicowymi; 2) w durze brzusznym zdaje się istnieć związek między powiększeniem się punktu marznięcia, a sprawą tworzenia się anty-

toksyn; 3) jeżeli wartość dla Δ leży niewiele ponad prawidłową, a poniżej 0·7, wtenczas jest rokowanie dla przebiegu duru niepomyślne.

Lemberger.

Baumgart: **O laparotomii pochwowej i brzusznej w gruźlicy otrzewnej.** *(Deutsch. med. Wochensch.* Nr. 2, 3, 1900). Nakłócie jamy brzusznej przy zapaleniu gruźliczem otrzewnej nie sprowadza wyleczenia, usuwa tylko chwilowo płyn, nagromadzony w jamie brzusznej i przez to przynosi choremu ulgę. Jedynie laparotomia obiecuje całkowite wyleczenie tak przy zapaleniu otrzewny z wydzieliną, jak i bez niej. Przy wykonywaniu laparotomii poleca autor małe cięcie w powłokach, poniżej pępka, gdyż i przy takiem cięciu cel leczniczy będzie osiągnięty, a im rana mniejsza, tem mniejsze pole do zakażenia i mniejsza możliwość powstania następowej przepukliny. Pierwszeństwo przed laparotomią brzuszną przyznaje B. laparotomii pochwowej *(Kolpocoeliotomia posterior)* dlatego, że operacyę tę, jak każdą operacyę przez pochwę, chore znoszą lepiej, niema tak znacznego zapadu po operacyi, czas rekonwalescencyi jest krótszy i przyjemniejszy dla chorych, nadto przy operacyi tej mogą być równocześnie usunięte schorzałe części dodatkowe.

Po oczyszczeniu należytem pochwy i założeniu wzierników, chwyta B. przednią i tylną wargę macicy i unosi możliwie najwyżej ku przodowi, aby przez to napiąć jak najsilniej tylne sklepienie, oczyszcza ponownie pochwę i otwiera cięciem poprzecznem zatokę Douglasa; jeżeli otwór jest za mały, dodaje małe cięcia z boków. Chcąc zatamować krwawienie z przeciętych naczyń drobnych, przyszywa tymczasowo otrzewnę do pochwy. Tylko w przypadku bardzo silnych zrostów w jamie Douglasa operacya ta daje wynik ujemny i w tych tylko przypadkach radzi odrazu przejść do laparotomii brzusznej. *P.*

Sippel. **Uwagi nad gruźlicą kobiecego narządu płciowego, oraz otrzewnej.** *(Deutsch. med. Wochen.* Nr. 3, 1901). W gruźlicy narządów płciowych oddziela Sippel gruźlicę macicy od gruźlicy części dodatkowych. W gruźlicy macicy radzi leczenie zachowawcze tak długo, jak długo chora miesiączkuje, bo macica miesiączkująca jest na gruźlicę więcej odporna, niż po ustaniu miesiączki. W gruźlicy trąbek radzi, o ile tylko siły chorej pozwalają, wykonać operacyę radykalną, bo zmiany w trąbkach mogą sprowadzić gruźlicę otrzewnej, a nawet drogą naczyń krwionośnych i chłonnych gruźlicę całego ustroju.

Wpływ leczniczy laparotomii brzusznej w gruźlicy otrzewnej nie tłomaczy S. ani samym wpływem powietrza według twierdzenia Nolena, ani powstaniem surowicy leczniczej (Gatti), ani powstaniem przekrwienia (Hildebrand), tylko działaniem wszystkich tych czynników razem. Przy otwarciu jamy brzusznej powstaje pod wpływem powietrza miejscowe przekrwienie, skutkiem tego gromadzi się surowica lecznicza, która następnie rozchodząc się po otrzewnej, częściowo przez powietrze już uodpornionej: działa leczniczo. *P.*

Pagenstecher: **Dalszy przyczynek do chirurgii serca. Podwiązanie zranionej tętnicy wieńcowej.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 4, 1901). Autor opisuje następujący przypadek: 30-letni robotnik ugodził się sztyletem w zamiarze samobójczym w okolicę serca. W pół godziny po wypadku przyjęty został na oddział P. Badanie wykazało: w 4 lewym przestworze międzyżebrowym, w odległości 1 cm. od brzegu mostka, poziomo przebiegającą, na $1^1/_2$ cm. długą ranę. Rana ta zupełnie nie krwawi. Oddech wolny, spokojny. Badanie płuc nie wykazuje nic szczególnego. Uderzenie koniuszka sercowego nie wyczuwalne. Stłumienie serca znacznie powiększone, tony ciche, czyste. W następnych kilku godzinach występuje gwałtowne pogorszenie stanu ogólnego: tętno staje się niewyczuwalnem. Wobec tego operacya. Znieczulenie eterowe. Utworzenie płata skórno-mięśniowo-kostnego z 4 i 5 chrząstki żebrowej z podstawą od strony mostka, (sposób Ninniego). Podwiązanie tętnicy przymostkowej. Tkanka śródpiersia obficie naciekła krwią. Serce pracuje niemiarowo. Pole operacyjne ustawicznie bywa zalewane strumieniem krwi, wydobywającym się z rany w osierdziu, leżącej na wysokości 6 żebra. Ranę tę rozszerzono na 5 cm. Po wymaczaniu znacznej ilości krwi pienistej, znajdującej się w worku osierdziowym, okazuje się, że źródłem krwotoku jest lewa tętnica wieńcowa *(ramus descendens)*, zraniona na wysokości około 5 cm. powyżej koniuszka sercowego. Wobec tego, że założenie kleszczyków w celu podwiązania naczynia okazało się nie wykonalnem, okłóto tętnicę, poczem krwotok natychmiast ustał. Brzegi rany w osierdziu na obu końcach zbliżono, śródpiersie wytamponowano, płat ustalono kilkoma szwami w położeniu pierwotnem. Z razu przebieg operacyjny był dosyć zadowalniający. W dalszym ciągu wystąpiło lewostronne zapalenie opłucnej. Wśród zapadu chory zmarł w 6 dniu po operacyi. Sekcya wykazała: *Pericarditis fibrinoso-purulenta exsudativa. Pleuritis fibrinosa exudativa sinistra. Atelectasis lobi inferioris sinistri. Dilatatio et hypertrophia cordis. Myocarditis parenchymatosa degenerativa adiposa. Nephritis parenchymatosa et interstitialis chronica.*

W przypadku tym sam zabieg, o ile miał na celu zatamowanie krwotoku, dopisał w zupełności. Niepomyślny wynik przypisać należy jedynie przyłączającym się powikłaniom. Podnieść jednakowoż należy, że zranienie opłucnej podczas operacyi mogło się przyczynić do wystąpienia sprawy zapalnej w opłucnej, a tem samem stworzyć ostateczną przyczynę śmierci. Byłoby to już winą sposobu Ninniego, który w tym przypadku, z powodu szczególnych warunków (znaczne powiększenie serca) zupełnie nie ułatwiał dostępu do serca. W przyszłości zamyśla P. użyć w podobnym przypadku sposobu własnego pomysłu. (Sposób polega w zasadzie na uniesieniu ku górze płata, utworzonego z mostka i części przyczepów żeber i rozdzielenia pasm tkanki, łączących osierdzie z tylną powierzchnią mostka. Autor nazywa powyższy przyczynek „dalszym“, w uwzględnieniu pracy swej w *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 32, 1899, w której opisuje przypadek rany kłótej lewej komory, leczonej operacyjnie z pomyślnym wynikiem. *I rzyp. sprawozd.*)

Urbanik.

Wolf. **Przypadek drgawek u ciężarnych.** *(Klin. therap. Wochen.* Nr. 3, 1900). Autor opisuje przypadek drgawek porodowych, zakończony wyleczeniem; dotyczył on pierwiastki zupełnie zdrowej, u której wieczorem wystąpił pierwszy napad z zupełną utratą przytomności, a której dopiero dnia następnego rano udzielono pomocy, zatem rodząca pozostawała przez godzin 10 bez opieki i leczenia. Bezpośrednio po wezwaniu autora nastąpił dobrowolny poród dziecka nieżywego, 8-miesięcznego. Po ukończeniu porodu zastosowano zawijania Jayneta; w pierwszym dniu połogu pojawiły się jeszcze dwa napady, podano 0·01 morfiny; 5go dnia powróciła przytomność, a 18go opuściła zakład zupełnie wyleczona. *P.*

A. Grossglik (Łódź). **Doświadczenia nad działaniem protargolu w rzeżączce części przodowej cewki moczowej.** *(Monatshefte für praktische Dermatologie,* Nr. 3, 1901). Neisser zaleca gorąco wstrzykiwanie protargolu w roztworze $^1/_4$% w pierwszych dniach rzeżączki, przechodzi potem wkrótce do 1% roztworu i to kilka razy dziennie (3—6) przez 5 minut, a jeden raz w ciągu dnia przez pół godziny lub dwa razy dziennie przez 15 minut, albo 3 razy przez 10 minut. Są to tak zwane wstrzykiwania przedłużone. Po pewnym czasie przechodzi do środków ściągających, prócz nich jednak używa przez czas dłuższy wstrzykiwań z protargolu jednorazowo dziennie przez pół godziny. Doświadczenia bakteryologiczne z protargolem przeprowadził Benario i stwierdził, że protargol nietylko zabija rychło drobnoustroje, ale zadziałać może i w głąb, a Ruggles i Kreissl chwalą ten lek, nazywając go „antigonorrhoicum par excellence“. Już mniej zachwala go Finger; twierdzi on wprawdzie, że działanie protargolu jest bardzo korzystne, ale nie zawsze; aby uzyskać dobry wynik, bardzo często uciekać się trzeba do leków ściągających i przeciwgnilnych, a w leczeniu rzeżączki przewlekłej, zdaniem jego, — niema protargol najmniejszej wartości. Według spostrzeżeń Fourniera, lek ten działa dobrze i na pewno tylko w pierwszej rzeżączce, w drugiej i następnych działanie jego wątpliwe. Desnos podnosi łagodne działanie leku, Frank i Budugow również wyrażają się o nim korzystnie. Natomiast Lohnstein nie zachwyca się protargolem; według jego zdania działa on lepiej niż argonina i argentamina, ale gorzej od azotanu srebrowego. Podobnie Massé, Tarnowski i Berg; ten ostatni gani ten lek z powodu drażniących własności protargolu, a Kleinmann spostrzegał częste powikłania: Tipcew spostrzegał, protargol wprawdzie że prędko usuwa dwoinki z wydzieliny, ale wracają one, u jednych chorych prędzej, u drugich później (w jednym przypadku w 32gim dniu po zaprzestaniu leczenia).

Na skąpym materyale, co autor sam zaznacza, i to z prywatnej praktyki (zaledwie 22 chorych, — z których u 6ciu nie badano drobnowidowo wydzieliny) oparł autor swe zdanie o leczniczej wartości protargolu. Z tych 22 chorych 13 miało rzeżączkę ostrą, a 9 podostrą. Wyniki nie były bardzo zachęcające. Autor podnosi, że tak zwane przedłużone wstrzykiwania na sposób Neissera w praktyce prywatnej trudno przeprowadzić, a co do działania ich na przebieg choroby, to raczej szkodzą, niż pomagają: w przypadkach o przebiegu ostrym w 13tym, 17tym, 20tym i 26tym dniu leczenia znajdował obfitą ilość dwoinek, a nawet raz w 38ym dniu, choć w mniejszej ilości. Lepsze wyniki miał w rzeżączce podostrej: to znachodził dwoinki w 6tym, 16tym i 17tym dniu leczenia. Jeżeliby one rzeczywiście poraz ostatni pojawiały się w wydzielinie we wspomnianych terminach, to przeciętnie trzeba na ich zniszczenie $20^1/_2$ dni; nie można więc twierdzić, jakoby protargol miał jakieś szczególniejsze zdolności niszczenia dwoinek w krótkim czasie.

Omawiając spostrzeżenia kliniczne w leczeniu rzeżączki protargolem, przyznaje autor, że podmiotowo chorzy doznają rychło

ulgi i to nawet w przypadkach bardzo ostrej rzeżączki, ale tylko po zastosowaniu słabych rozczynów protargolu; w rozczynach mocniejszych drażni on błonę śluzową, ilość wydzieliny się zwiększa, mocz skutkiem tego mętnieje, podmiotowe objawy się wzmagają, pod drobnowidem stwierdzić można obfite ciałka ropne obok przybłonków. Po zaprzestaniu wstrzykiwań w tym czasie ilość wydzieliny zmniejsza się szybko, jak również ilość ciałek ropnych w obrazach drobnowidowych, przybłonki utrzymują się czas dłuższy z powodu łuszczenia się odradzającej się warstwy nabłonkowej. Sam protargol — według autora — niewystarcza do wyleczenia rzeżączki; do tego trzeba użyć leków ściągających. To dodatkowe leczenie trwa, według zestawienia jego przypadków, w rzeżączce ostrej najmniej 17, — najdłużej 84 dni; w podostrej 15 i 96, — przeciętnie 50 dni. Z pomiędzy 13 przypadków rzeżączki ostrej, leczonej protargolem, wystąpiły w 6 przypadkach powikłania, — a mianowicie sprawa przeniosła się na część tylną, — w jednym z tych przypadków wystąpiło zapalenie przyjądrza już po odstawieniu protargolu; w przypadkach rzeżączki podostrej powikłania ani razu się nie przydarzyły.

Na podstawie spostrzeganych przypadków wypowiada autor swój sąd o wartości leczniczej protargolu: 1) w słabych rozczynach można go użyć z korzyścią już w pierwszych dniach choroby, rozczyny silniejsze drażnią bardzo błonę śluzową; 2) niszczy dwoinki Neissera, ale nie prędzej od innych, używanych w tym celu leków; 3) korzystne działanie słabych rozczynów protargolu polega nietylko na własności przeciwgnilnej, lecz także ściągającej tego leku; 4) nie chroni przed powikłaniami, zdaje się jednak, że występują one mniej często, niż przy użyciu innych leków; 5) do wyleczenia rzeżączki trzeba, po skończonem leczeniu protargolem, użyć środka ściągającego; 6) nie skraca czasu leczenia; 7) nie można go uważać za „antigonorrhoicum“ w ścisłem tego słowa znaczeniu. *Dr. Żydłowicz.*

Götz. **Przyczynek do leczenia drgawek u dzieci.** *(Klin. therap. Woch.* Nr. 2, 1901). W nagłych przypadkach drgawek oddawało autorowi poniżej opisane postępowanie bardzo dobre usługi: dziecko otrzymuje w pierwszym rzędzie obfitą lewatywę (1—1½ l.) z rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, następnie drugą z ciepłego roztworu 0,5—1,5 wodnika chloralowego, poczem następuje pełna kąpiel gorczyczna, którą się przyrządza w następujący sposób: do przygotowanej już ciepłej (26°—28°R) wody wrzuca się dwie garści mączki gorczycznej, którą się miesza, i wsadza się do kąpieli dziecko, w której ono pozostaje tak długo, aż skóra pocznie się rumienić. Uważać przytem należy, by woda nie dostała się do ócz. Dziecko, wyjęte z kąpieli, owija się ciepłą flanelą i dobrze przykrywa; — zwykle natychmiast występują poty i spokojny sen. W razie ponownego pojawienia się drgawek należy tę kąpiel kilka razy powtórzyć. *Dr. Henryk Pisek.*

C. Hofmann. **W jaki sposób można najlepiej uzyskać głęboki, regularny i spokojny oddech z początkiem usypiania chloroformowego?** *(Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 3, 1901). Jednym z najważniejszych warunków dobrego prowadzenia uśpienia chloroformowego jest jednostajne doprowadzanie pary środka usypiającego i utrzymywanie stałego stosunku między ilością dopływającej pary chloroformowej a ilością równocześnie wdychanego powietrza. Najtrudniej zadość uczynić temu warunkowi z początkiem usypiania. Gdy bowiem chory broni się przed wdychaniem chloroformu przez chwilowe wstrzymanie oddechu, znajdujący się na masce chloroform w chwilach pauzy oddechowej nie dostaje się do dróg oddechowych, tylko paruje na zewnątrz, wskutek czego dowóz środka usypiającego staje się niejednostajnym. Chcąc wpływać na tor oddechania, musimy się uciec do współdziałania ze strony usypianego. Celem uzyskania regularnego i spokojnego oddechania, każemy choremu głośno i powoli liczyć. Sposób ten jednakowoż często zawodzi z powodu tego, że chorzy, u których liczenie nie wymaga najmniejszego zastanowienia się ani wysiłku umysłowego, recytują liczby mechanicznie zwykle bardzo szybko i ani na chwilę nie odwracają swej uwagi od położenia, w którem się znajdują, wskutek czego oddech staje się niejednostajnym i powstaje silne, dla przebiegu zasypiania wcale nie obojętne psychiczne pobudzenie.

Autor używa sposobu wcale dowcipnego i bardzo prostego. Każe liczyć chorym wstecz od szeregu liczb i to co najmniej setek (n. p. 200). Ponieważ wymawianie liczb większych jest trudniejszem i więcej wymaga czasu, przeto uzyskuje się za każdym razem oddech między wypowiedzeniem pojedynczych liczb. Liczenie w porządku odwrotnym wymaga zawsze pewnego zastanowienia się, wskutek czego usypiany liczy powoli, a kierując znaczną część swej uwagi ku zachowaniu porządku w wymienianiu liczb, daje się usypiać ze spokojnym umysłem. *Urbanik.*

Kitai. **W sprawie Neisserowskiego różniczkowego barwienia prątków błonicy.** *(Jeżeniedielnik żurnała »Prakticz. Medic«.* 1900, Nr. 43). Celem rozróżnienia prątka błoniczego od rzekomobłoniczego, autor, zamiast podanego przez Neissera błękitu metylowego octowego, wymagającego specyalnego przygotowywania, zaleca zwykły wodno-wyskokowy rozczyn błękitu metylowego: podbarwianie wezuwiną uskutecznia autor w sposób podany przez Neissera. Prątki błonicze, barwione w ten sposób, mają nie różnić się niczem od barwionych sposobem Neissera; barwienie zaś to jest ułatwione dzięki temu, iż nie potrzeba przygotowywać specyalnego barwika, gdyż wodno-wyskokowy błękit metylowy ma szerokie zastosowanie w zakładach, choćby dla podbarwiania preparatów z prątkami gruźliczymi; podobnie, jak przy metodzie Neissera, prątki rzekomobłonicze w ten sposób nie barwią się podwójnie. *Dr. Gliński.*

Józef Langer. **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych ropne, wywołane przez prątek grypy (influenzy). Nakłucie lędźwiowe. Wyleczenie.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde,* 53, L. I. 1901). Z rozpoznaniem „meningitis grippalis“ należy być według Leichtensterna bardzo ostrożnym, gdyż grypa, jako taka, przez działanie jadów, lub też przez przekrwienie opon mózgowych, daje obraz chorobowy, bardzo zbliżony do zapalenia mózgu, względnie opon mózgowych — tak, że w tych przypadkach lekarze francuzcy wprowadzili nazwę „form pseudomeningitique de la grippe“. Autor przedstawia przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych u dziecka 9-letniego, wywołane przez prątki grypy, wyleczony przez nakłócie lędźwiowe Quinkego, — przyczem wypuszczono 8 cm.³ płynu mózgowo-rdzeniowego ropnego, w którym wykazał przy pomocy hodowli prątki grypy. Po dokonanem nakłóciu nastąpił przełomowy spadek ciepłoty i szybki powrót dziecka do zdrowia. Przypadek wyżej spisany, jakoteż przypadek ogłoszony przez Slawycka z kliniki Heubnera, a dotyczący dziecka 9-ciomiesięcznego, wskazują według autora, iż nakłócie lędźwiowe działa leczniczo, a w przypadkach wątpliwych rozpoznawczo. *Dr. Bolesław Komorowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Pawiński i Adelt (Warszawa). **O stosowaniu heroiny w przypadkach zaburzeń w krążeniu.** *(Die Heilkunde* Nr. 1, 1900). Po należycie uzasadnionych wskazaniach, tyczących się stosowania narkotyków w wadach krążenia w ogólności, i po przeprowadzeniu licznych doświadczeń, dochodzą autorowie do następujących wyników: 1) najlepsze skutki wystąpiły w tych przypadkach wad zastawkowych serca i tętnic, które się wytworzyły na tle gośćcowem, lub miażdżycowem, (w zaburzeniach małego krążenia były wyniki mniej pomyślne), 2) również korzystnie działała heroina w przypadkach miażdżycy tętnic u osobników starych, a równoczesne podawanie przetworów jodu potęgowało działanie heroiny; 3) w przypadkach schorzenia mięśnia sercowego można zauważyć zmniejszenie się duszności i kaszlu, — to samo można powiedzieć o cierpieniach narządu oddechowego, wreszcie 4) w przeczulicy żołądkowej, połączonej z wymiotami i bolesnością, heroina usuwała te objawy. Postać i sposób podawania tego środka bywały rozmaite: — w proszkach, kroplach, mieszankach, pigułkach, czopkach i podskórnie. Rozpoczynano zwykle od 0·005 chlorku heroiny, powiększając nie rzadko dawkę do 0·006—0·008, a nawet 0·01 dla osiągnięcia pomyślnego działania. Do wstrzykiwań podskórnych używano 2% rozczynu w ilości 0·25—0·50 cm³ (¼—½ strzykawki Pravatza), odpowiadający 0·005—0·01 heroiny. W przypadkach choroby Basedowa, przy rozpoczynającem się zniesieniu wyrównania, podano heroinę w połączeniu z naparstnicą, chininą, arsenem, według następujących wzorów:

Rp. Pulv. Digitalis 1·50—2·00	*Rp. Pulv. Digitalis 1·50—2·00*
Chinin. muriat. 2·00	*Heroini muriat. 0·06—0.10*
Heroini muriat. 0·06—0·10	*Acid. arsenic. 0·03—0·06*
Pulv. et extr. Liquirit. 9. 5.	*Pulv. et extr. Liquirit. 9. 5.*
ut fiant pill. Nr. 30	*ut fiant pill. Nr. 30.*
S. 3—4 pig. dziennie	*S. 3—4 pig. dziennie.*

Dr. Henryk Pisek.

Müller (Berlin). **Doświadczenia z przetworami żelaza.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 51, 1900). Wyniki tych doświadczeń dadzą się streścić w następujący sposób: 1) żelazo nieorganiczne, podawane zwierzętom, u których wywołano sztuczną niedokrewność, podnosi ogólną ilość hemoglobiny; 2) takie samo żelazo, ale nie w postaci żrącej, wprowadzone do ustroju drogą krwi, bywa wessane; wreszcie 3) żelazo nieorganiczne działa pobudzająco na czynność szpiku kostnego. *Dr. Henryk Pisek.*

Fersan jest środkiem dyetetycznym żelazistym, powiększającym liczbę podobnych, jakie się pojawiły w ostatnim dziesiątku lat i znalazły zastósowanie w lecznictwie. Fersan otrzymał Dr. A. Jolles z krwinek krwi wołowej. Krwinki oddziela się przy pomocy centryfugi i działa na nie zgęszczonym kwasem solnym z zachowaniem pewnych ostrożności. Działaniem kwasu wydziela się związek białkowy zasadowy i odczepia od związku białkowego kwaśnego *(acidalbumin)*, który zawiera całą ilość żelaza i kwasu fosforowego. Ten ostatni produkt stanowi t. zw. „Fersan". Fersan przedstawia proszek barwy czekoladowo-brunatnej, smaku słabo słonego; w wodzie jest rozpuszczalny; roczyn przy zagotowaniu nie strąca się. Według rozbioru, przeprowadzonego w c. k. powszechnym Zakładzie do badania środków spożywczych w Wiedniu, 100 cz. fersanu zawierają: wody 11·91%, popiołu 4·59%, kwasu fosforowego 0·123%, tlenku żelazowego 0·3724%, chlorku sodowego 3·83%, azotu 13·315% (w tem 13·1022% N — białkowego, a 0·2128% N — amidowego): związek ten zawiera zatem 81·89% białka. Fersan wolny jest od związków alloksurowych i innych produktów wstecznej przemiany materyi. Zdolności wchłaniania żelaza do ustroju przy użyciu fersanu wykazał Winkler w doświadczeniach na zwierzętach. Mianowicie wykazał zwiększenie wydzielania się żelaza w wątrobie i śledzionie; wobec tego zaś, iż sok żołądkowy na fersan nie działa, przypuszcza wspomniany autor, że wchłanianie tego środka ma miejsce dopiero w jelitach. Wartość odżywczą fersanu wykazał Kornauth w doświadczeniach nad wymianą materyi u ludzi; wyniki tych doświadczeń były zadowalniające. Wobec tych dodatnich wyników fizyologicznych przystąpiono do stosowania tego przetworu w przypadkach patologicznych. I tak Silberstein *(Therap. Monatshefte*, Juli, 1900) stósował fersan w przypadkach niedokrewności w początkowym okresie kiły, w okresie trzeciorzędnej kiły, jak również w przyp. niedokrewności, spowodowanej krwotokami macicznymi, badając w szczególności w kierunku na odsetkową ilość hemoglobiny, ilość krwinek i ciężar ciała. Doświadczenia jego wykazały, iż po stósowaniu przez czas dłuższy fersanu zwiększa się bardzo znacznie odsetkowa ilość hemoglobiny, ilość krwinek i zwiększa się ciężar ciała. Podobne wyniki otrzymał, stosując fersan u dzieci, dotkniętych dziedziczną kiłą, krzywicą i niedokrewnością u zolzowatych. Również jako środek odżywczy nadaje się fersan po przebyciu chorób zakaźnych, jak n. p. płonicy, odry, krztuśća i dorównuje w działaniu somatozie. Dorosłym podaje się 3—6 łyżeczek kawowych dziennie, jakkolwiek i większe ilości bywają znoszone bez następstw. Autor nadmienia również, iż nigdy nie zauważył jakichkolwiek objawów przykrych, jak uczucia trętwienia zębów, zaburzeń w przewodzie pokarmowym, biegunek i innych, jakie tak często się pojawiają wśród podawania innych przetworów żelazistych.

Również Stein *(Fortschritte der Medic.* tom XVIII, 1900, Nr. 40), zachęcony wynikami innych autorów, stósował skutecznie fersan u dorosłych (15 przypad.) i u dzieci (12 przyp.). U chorej z błednicą, u której odsetkowa ilość hemoglobiny wynosiła 30% (Fleischl), ilość ta powiększyła się po 7-miotygodniowem podawaniu fersanu (dawka 30—40 g. na dzień) do 85%.

Także Fölkel donosi w artykule: *„Klinisch-therap. Versuche mit Fersan". — (Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 44, 1900), iż po podawaniu przez czas dłuższy fersanu, zwiększa się u chorych znacznie ilość hemoglobiny we krwi, ilość krwinek i ich zawartość w żelazo, jak nie mniej ciężar ciała. Zmian niepożądanych i następstw ze strony przewodu pokarmowego nigdy nie zauważył i uważa fersan za środek, odpowiadający wszelkim wymaganiom.

Dr. Lemberger.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Protokół z posiedzenia w dniu 23 stycznia 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

Przed odczytaniem protokołu z poprzedniego posiedzenia przewodniczący dziękuje kolegom za wybranie go prezesem Towarzystwa. Ta jednomyślność i zgoda, z jaką go wybrano, jest zdaniem kol. prezesa zapowiedzią zgody w łonie Towarzystwa, przez co i praca wyda obfite plony, czego mu też z całego serca życzy.

Mowę przyjęto oklaskami.

Protokół z ostatniego posiedzenia, odczytany przez zeszłorocznego sekretarza kol. Drobę, przyjęto bez zmiany.

Uchwałę komitetu, by kwotę 200 złr., przyznaną przez Radę miasta Krakowa dla urządzenia nocnych dyżurów lekarskich, z powodu, że do urządzenia ich nie przyszło, zwrócić Radzie miasta z narosłym odsetkiem i z wezwaniem, by kwotę tę ofiarowano Towarzystwu ratunkowemu, — przyjęto jednomyślnie.

Kol. doc. Lemberger zawiadamia, że komisya przemysłowo-lekarska uchwaliła do polecenia Towarzystwu lekarskiemu:

1) kapsułki żelatynowe wyrobu Zabradnika z *Guajacolum valerian.* á 0·10 i *kreosot valerianum* á 0·10.

Uchwalono jednogłośnie.

2) wyskok Perlbergera syna z Wieliczki, noszący nazwę »Alcohol Pasteurisé Extra neutre«

Kol. prof. Bujwid żąda, by właściciela pouczono, że szumna nazwa, nadana alkoholowi, niema sensu i żąda zmiany tej nazwy.

Kol. doc. Seńkowski sprzeciwia się polecaniu przez Towarzystwo takich wyrobów, jak alkohol, gdyż jest dużo fabryk, wyrabiających również dobry alkohol, a Towarzystwo wyrobów ich nie poleca. Wyrabia się w ten sposób niezasłużoną reklamę dla jednej fabryki kosztem innych. Jeśli Towarzystwo takie wyroby jak alkohol będzie polecać, to wkrótce dojdzie do tego, że będziemy polecali higieniczne bułki, higieniczne wędliny i t. d.

Kol. Bier zaznacza, że miał sposobność przekonać się o lichych wyrobach wspomnianego fabrykanta, który właśnie z powodu fałszowania ich niejednokrotnie wchodził w kolizyę z kodeksem karnym — wyrobów jego zatem popierać nie należy.

Przy głosowaniu uchwalono jednomyślnie wnioski kolegów: Seńkowskiego i Biera.

Na członków Towarzystwa przyjęto jednomyślnie kolegów z Krakowa: Stanisława Gólskiego i J. Zeitnera.

Kol. prof. Browicz miał wykład na temat: »Czy kanaliki żółciowe międzykomórkowe mają własne ścianki«?

Na podstawie odmiennego barwienia się pasemek między komórkami wątrobnemi, a barwienia się komórek wątrobnych w wątrobach, w których kanaliki żółciowe w wielu miejscach były otwarte, po części próżne, po części żółcią wypełnione, dalej na tej podstawie, że komórki wątrobne, które w stanach chorobowych wątroby często zupełnie się wydzielają, są izolowane i nie widać wtedy śladu tak zwanej ektoplazmy, wypowiedział prelegent w lutym 1900 (posiedzenie Towarz. lek.) zdanie, iż wbrew ogólnemu zapatrywaniu kanaliki żółciowe międzykomorkowe posiadają własne ścianki i tworzą wśród zrazika wątrobnego odrębną, samoistną siatkę.

Na podstawie dalszych badań potwierdza prelegent to zdanie i stanowczo twierdzi, iż taka odrębna, samoistna siatka istnieje. Prelegent potwierdza również powtórnie zdanie, w lutym 1900 wypowiedziane, iż kanaliki żółciowe międzykomórkowe stykają się bezpośrednio z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi, co i w pracy o patogenezie żółtaczki (»Przegląd lekarski" 1900) podnosi. Do obrazów, podanych w lutym 1900, dodaje prelegent nowy, stanowczy dowód. Granica dostrzegalności linii lub punktów materyalnych jest ograniczona. Linie i punkta materyalne poniżej 0·0002 mm. są dla nas niewidzialne. Dostrzegalność ich zależy również od ich odległości od siebie. Dlatego też nie widzimy w normalnym stanie mięśnia serca granic komórek, beleczkę mięsną tworzących. Musimy je sztucznie uwydatniać. W stanie chorobowym występuje dopiero na jaw substancya kitowa i jej budowa pręcikowata wskutek napęcznienia pojedynczych wypustek nitkowatych komórki mięsnej i nagromadzenia się cieczy pomiędzy wypustkami. Dostrzegalność linii materyalnych w tkankach zależy także od ich grubości i wzajemnej odległości. Do warunków koniecznych normalnej funkcyi tkanek należy normalny stan komórek, normalne krążenie krwi i limfy, normalne unerwienie, a wreszcie i normalny ścisły związek elementów tkanki pomiędzy sobą, związek ich organiczny, co prelegent w pracy o rozczłonkowaniu zrazików wątroby z naciskiem podniósł. (»Nowiny lekarskie« i »Archiwum« Virchowa 1897). Związek organiczny elementów tkanki może być naruszony, rozluźniony, począwszy od minimalnych stopni, zaledwie mikroskopem dostrzegalnych, aż do stopnia rozluźnienia tak znacznego, iż własności fizyczne, makroskopowe tkanki ulegają zmianie widocznej. Taki ścisły związek organiczny, niejako zlepienie, istnieje pomiędzy ściankami naczyń włoskowatych krwionośnych a komórkami wątrobnemi, pomiędzy ściankami kanalików żółciowych międzykomórkowych a komórkami wątrobnemi, niemniej w pewnych kierunkach pomiędzy ściankami naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych, a ściankami kanalików żółciowych śródzrazikowych. Związek ten w patologicznych stanach tkanek bywa często naruszony a w wątrobie spotykamy oddzielanie się ścianek naczyń włoskowatych, krwionośnych i kanalików żółciowych

od komórek wątrobnych jako też od siebie, nadto w przypadkach, gdy komórki wątrobne wytwarzały nadmiar żółci, znajdujemy kanaliki żółciowe śródzrazikowe otwarte, próżne, częścią żółcią wypełnione. W takich właśnie przypadkach znalazł prelegent u człowieka odcinki siatki, jako też pojedynczych kanalików żółciowych izolowane, zupełnie oddzielone od reszty elementów tkanki, obraz, który stanowi niewątpliwy dowód słuszności zdania dawniejszych autorów, a pomiędzy nimi Dr. Peszkego, którzy twierdzili, iż kanaliki żółciowe międzykomórkowe posiadają własne ścianki, a czemu dzisiaj wszyscy histologowie przeczą. Obrazy te stwierdzają również słuszność wniosków co do istnienia odrębnej, samoistnej siatki kanalików żółciowych śródzrazikowych, wysnutego przez prelegenta w roku ubiegłym tylko na podstawie odmiennego barwienia się pasemek między komórkami wątrobnemi a barwienia się komórek wątrobnych w wątrobach, w których kanaliki żółciowe w wielu miejscach były otwarte, po części próżne, po części żółcią wypełnione.

Tam, gdzie kanaliki żółciowe są próżne a ścianki ich, które dotąd prelegent widział jako złożone ze substancyi bezpostaciowej, zapadłe, przylegające do siebie, przedstawiają się one w postaci włókien, gdy komórki wątrobne się rozstąpiły, lub też na pozór substancyi kitowej, o której pisze np. Renaut.

Z wykrycia przez prelegenta przed 1 laty istnienia struktury substancyi kitowej w mięśniu serca, uważanej przedtem za bezpostaciową, na materyale chorobowo zmienionego mięśnia serca, z wykrycia przez prelegenta szeregu szczegółów wśród zrazika wątrobowego i w komórce wątrobnej (ta sama zasada granicy dostrzegalności odnosi się także do kwestyi dostrzegalności przewodów, kanalików, przestworów, wakuol, a więc i śródkomórkowych stałych kanalików, dróg, które próżne są niedostrzegalne a stają się dostrzegalne, gdy są napełnione, a więc rozszerzone), a teraz ze stwierdzenia istnienia niewątpliwego własnych ścianek kanalików żółciowych międzykomórkowych i to wszystko na materyale chorobowo zmienionej tkanki, wysnuwa prelegent wniosek, iż szczegóły te świadczą, jaką wartość przedstawiają obrazy patologicznie zmienionej tkanki dla histologii i fizyologii, gdy sama natura delikatniejszą ręką, aniżeli zwykle w histologii używane metody wydzielania elementów tkanek, rozdrabniania mechanicznego, macerowania, działania chemicznego, odsłaniaszczegóły niedostrzegalne lub bardzo trudno, niejako przypadkowo, wykazać się dające, a jednak w rzeczywistości istniejące.

(Praca szczegółowa umieszczona w publikacyach Akademii Umiej. w Krakowie).

Kol. prof Dr Hoyer zaznacza, że prelegent w dzisiejszym odczycie zmienił swe zapatrywanie dawniejsze na istotę ściany naczyń włoskowatych żółciowych i zapytuje, jakie jest kryteryum, pozwalające prelegentowi odróżnić zapadłe i puste kanaliki żóciowe od granic komórkowych, przyjmujących podobną barwę i wejrzenie; dalej prosi o wyjaśnienie, czy prelegent spostrzegał przejście pomiędzy ściankami najdrobniejszych naczyń żółciowych a grubymi przewodami, posiadającymi zarówno, jak drobne kanaliki, swoje własne ściany? W końcu zwraca uwagę, że Ebner wygłosił w ostatnich czasach nowe poglądy na budowę mięśnia sercowego.

W odpowiedzi kol. prof. Hoyerowi prelegent zaznacza, iż w niczem nie zmienił zapatrywania swego dzisiaj a przed rokiem. Prelegentowi tak w pracy, przed rokiem przedstawionej, jako też dzisiejszej, chodziło, co zresztą tytuły wskazują, o wykazanie, czy ściany kanalików żółciowych międzykomórkowych mają własne ścianki, czy też nie, i jaki jest ich stosunek do naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych, a które to kwestye dzisiejsi histologowie inaczej pojmują, aniżeli dawniejsi badacze, jako też prelegent. Stwierdzenie istnienia odrębnych ścianek kanalików żółciowych międzykomórkowych na podstawie odmiennego barwienia się cytoplazmy komórek wątrobnych i linii, pasm międzykomórkowych, jako też na podstawie obrazów przez samą naturę bez użycia jakiejkolwiek sztucznej metody izolowanych kanalików żółciowych międzykomórkowych, to był temat, którym się prelegent zajmował Wnioski, jakie prelegent w roku przeszłym tylko na podstawie barwienia wysnuł, były więc słuszne i zapatrywanie w obu pracach jest więc zupełnie zgodne, to samo. Trzeba więc było naprzód stwierdzić, czy odrębne ścianki istnieją, a dopiero teraz, gdy o tem wiemy, można się zająć kwestyą, z czego te ścianki są złożone; dlatego też kwestyę budowy ścianek kanalików żółciowych traktował i traktuje prelegent mimochodem kilkoma słowy. Według biuletynów Akademii Umiejęt. (styczeń i listopad 1900), według protokółu z posiedzenia Tow. lekar. (luty 1900) powiedział i powiada prelegent, iż w ściankach kanalików żółciowych nie dostrzegł dotąd struktury i widział je złożone z substancyi bezpostaciowej, dodaje zaś, iż uważa za możebne, iż ścianki te złożone są z komórek. Nie wypowiedział więc prelegent żadnego stanowczego zapatrywania. Powstawanie i rozwój ścian kanalików żółciowych międzykomórkowych muszą być badane na materyale z płodów (biuletyn Akademii, listopad 1900), prelegent stwierdził dotąd jedynie wątpliwą, a przez dzisiejszych histologów odrzuca kwestyę istnienia odrębnych kanalików żółciowych międzykomórkowych w wątrobie już wykształconej dorosłego człowieka.

Pojęcie bezpostaciowości t. j. braku struktury substancyi kitowej wogóle i n. p. ścianek cewek nerwowych zachwiane, Waldeyer (Kittsubstanz und Grundsubstanz, Epithel und Endothel. Archiv f. mikr. Anatomie 1900) odrzuca dotychczasowe pojęcie substancyi kitowej i przyjmuje na podstawie badań różnych autorów, iż t. zw. substancye kitowe posiadają pewną strukturę. Bizzozero na ostatnim zjeździe anatomów w Pawii podał, iż ścianki (tunicae propriae) cewek nerkowych posiadają strukturę. Co się nam dotąd jako bezpostaciowe, bez struktury wydawało, okazuje się jako posiadające strukturę. Prelegent nie może i dzisiaj a priori odrzucić możliwości powstawania ścianek z komórek, gdy się uwzględni, iż kanaliki żółciowe śródzrazikowe tworzą sieć zamkniętą, zupełnie odrębną, samoistną, niezależną od komórek wątrobnych, sieć, zupełnie analogiczną z siecią naczyń krwionośnych, włoskowatych śródzrazikowych, a budowę tychże dokładnie znamy dopiero od niedawna, a i w kwestyi budowy ścian naczyń krwionośnych śródzrazikowych, w porównaniu z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi tak grubych, istnieją jeszcze kontrowersye. Ranvier, Renaut, Kupffer uważają ściany naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych jako pokład syncytyalny, a prelegent na podstawie łatwego oddzielania się w stanach chorobowych komórek ściennych, za złożone z oddzielnych rozgraniczonych komórek.

Na pytanie jakie jest kryteryum pozwalające prelegentowi odróżniać zapadłe i puste kanaliki żółciowe od granic komórkowych, odpowiada prelegent, iż możebne tu jest stanwczo na podstawie całego szeregu obrazów przejściowych, na których n. p. kanaliki żółciowe międzykomórkowe występują jako linie jednolite w całym swym przebiegu jako linie jednolite w jednej tylko połowie części, w drugiej już jako kanalik wyraźny, próżny lub żółcią napełniony; na podstawie obrazów w jednoszeregowych pasmach komórek wątrobnych, w których w jednem miejscu linia międzykomórkowa jednolita w środkowej swej części okazuje światło kanalika, poprzecznie przeciętego, a najbliższa linia międzykomórkowa w tem pasmie jednoszeregowem przedstawia się jako wyraźny próżny kanalik, rozpięty pomiędzy oboma po bokach pasma jednoszeregowego komórek wątrobnych leżącemi naczyniami krwionośnemi, włoskowatemi w środkowej części, którego także widać światło kanalika żółciowego, niejako prostopadle do poprzecznego kanalika żółciowego przebiegającego. Możebnem to dalej na podstawie takiegoż samego barwienia się linii międzykomórkowych i ścian otwartych, próżnych kanalików żółciowych międzykomórkowych, których istnienie wobec obrazów izolowanych kanalików żółciowych nie podlega teraz wątpliwości, wreszcie na podstawie faktu, w patologicznych stanach wątroby często spotykanego, iż nie sztucznie lecz przez samą naturę izolowane komórki wątrobne, postaciowo doskonale utrzymane, nie okazują w preparatach zabarwionych rąbka gęściejszego, ciemniej lub też inaczej zabarwionego, tak zwan. ektoplazmy.

Przejście bezpośrednie ścianki kanalików żółciowych międzykomórkowych w ścianki grubszych kanalików żółciowych śródzrazikowych, śródbeleczkowych, bardzo dokładnie widać; ułatwia tę obserwacyę fuksynowe zabarwienie ścianki.

Docent Siedlecki zapytuje, jak prelegent wyobraża sobie połączenie kanalików żółciowych międzykomórkowych z wakuolami wśród komórki.

Docentowi Siedleckiemu odpowiada prelegent, iż szczegół, który Doc. Siedlecki poruszył, t. j. czy ścianki kanalików żółciowych międzykomórkowych wnikają w komórkę ku t. zw. wakuolom wydzielniczym, a względnie kanalikom żółciowym śródkomórkowym, jest bardzo ważny Rozwiązanie jego zmieniłoby jeszcze bardziej pojęcia nasze o strukturze komórki, ale na rozwiązanie tej kwestyi może

jeszcze długo czekać nam wypadnie. Prelegent ma obrazy, które na tę kwestyę rzucają niejakie światło, ale nie uważa je jeszcze za pewne, nie zyskał dla siebie tej pewności, by mógł je już teraz przedstawić. Prenant (La notion cellulaire et les cellules trachéales Extrait du Bulletin des séances de la Société des sciences de Nancy. Communication faite à la Société le 1. Mars 1900) przytacza trzy gatunki komórek, które posiadają drogi, kanaliki odżywcze t. j. komórki nerwowe, tchawkowe i wątrobne (»Mais dans ces derniers temps Browicz et Holmgren par l'observation directe, c'est à dire en écartant, la cause d'erreur qui avait pu vicier l'interprétation du fait découvert par Adamkiewicz, rétrouvérent non seulement dans les cellules nerveuses, mais encore dans les cellules hepatiques, soit des vaisseaux sanguins veritables, soit du moins (Browicz) des canaux intracellulaires, nourriciers qui sont en relation directe avecle systême circulatoire) i zastanawia się. czy kanaliki śródkomórkowe odżywcze posiadają ścianki, któreby były, jak to co do komórek nerwowych n. p. Holmgren, a co do komórek tchawkowych różni autorowie twierdzą. dalszym ciągiem ścianek naczyń zewnątrzkomórkowych, z zewnątrz w komórkę wnikających i skłania się do tego, iż ścianki kanalików śródkomórkowych są wyrazem rodzaju dyferencyacyi cytoplazmy, a nie wnikają od zewnątrz w komórkę (autoreferat).

Zapowiedziany wykład kol. Żydłowicza z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Drugie posiedzenie Wydziału Towarzystwa Samopomocy odbyło się w dniu 17 b. m. pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana, który na wstępie zawiadomił. że kolega Dr. Władysław Ściborowski złożył na jego ręce na cele Towarzystwa list zastawny Tow kredyt. z. Nr. 41860 Ser. III wartości 200 koron. Uchwalono jednogłośnie wystosować od Wydziału list dziękczynny za ten hojny dar. Przewodniczący rozdzielił pomiędzy członków Wydziału 34 wnioski, które dotychczas wpłynęły, celem dokładnego przestudyowania ich i zreferowania na jednem z następnych posiedzeń. Następnie zdali sprawę przewodniczący i skarbnik ze swych kroków informacyjnych w sprawie asekurowania się w krakowskiem Towarzystwie Ubezpieczeń za pośrednictwem Towarzystwa Samopomocy. Towarzystwo Ubezpieczeń udzieliło z wielką gotowością wszelkich objaśnień, oświadczając, że zgodziłoby się chętnie, aby Towarzystwo Samopomocy przyjęło rolę akwizytora, wskutek czego uzyskałoby pokaźny dochód na swe cele z prowizyi w wysokości 2%. Nad tą sprawą wywiązała się obszerna dyskusya. w której zabierali głos Dr. Kohn, Schoengut, Trzebicky, Słapa i przewodniczący. Uchwalono wreszcie w tej sprawie wniosek Dr. Kohna, aby powierzyć zebranie odpowiednich materyałów, wybadanie ogółu Kolegów zapomocą kwestyonaryusza. rozesłanego do wszystkich lekarzy i opracowanie rachunkowe całego projektu — ankiecie, złożonej z 3 członków Wydziału. — Polecono sekretarzowi, aby przesyłał stale krótkie sprawozdania z posiedzeń Wydziału do *Przeglądu lekarskiego*. — Uchwalono zawiadomić osobnem pismem Tow. lekarskie krakowskie i lwowskie, oraz obie Izby galicyjskie, szląską i bukowińską o zawiązaniu się i ukonstytuowaniu Towarzystwa. — W końcu rozpoczęto dyskusyę nad treścią odezwy, wzywającej ogół lekarzy do przystąpienia do Towarzystwa. — Z powodu spóźnionej pory uchwalono załatwić ostatecznie tę sprawę na przyszłem posiedzeniu, które ma się odbyć za tydzień. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie* sekretarz.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 4 lipca 1900 r.

Przewodniczący: Kol. Festenburg. — Członków obecnych 5; gość 1.

1. Kol. Mars przedstawia chorą, u której wykonał całkowite wycięcie sromu zewnętrznego z powodu *Kraurosis vulvae*. Skutek po tym zabiegu jest zupełny. Rana zgoiła się przez rychłozrost, tylko w prawej wardze sromowej powstał guz krwawy, mimo że przy operacyi krwawienia nie było.

2. Kol. Mars przedstawia dalej dwie chore ze zmianami patologicznemi w miednicy kostnej: jedną z *Kyphosis lumbo-sacralis*, drugą z rozpoznaniem *Spondylolisthesis* w małym stopniu. Prelegent zwraca uwagę na trudności rozpoznania w takich razach i przytacza przykłady z piśmiennictwa.

W dyskusyi przemawiają koledzy: Skałkowski, Kwiatkiewicz i prelegent.

3. Kol. Kośmiński omawia niezwykły przypadek położniczy. Chora z miednicą miernie zwężoną (*conj. ext.* 17 ctm.) odbyła dwa pierwsze porody siłami przyrody, trzeci z pomocą kleszczy, przy czwartym zaś doznała pęknięcia macicy. Po przywiezieniu jej na klinikę ukończono wówczas poród za pomocą wymóżdżenia i zaszyto potem drogą brzuszną ranę macicy, sączkując gazą jodoformową od strony pochwy i powłok brzusznych. Teraz zgłosiła się chora ta znowu z ciążą 8-miesięczną i zgodziła się na wykonanie cięcia cesarskiego po donoszeniu do prawidłowego kresu ciąży. Gdy jednak czynność porodowa wystąpiła już w kilka dni potem, wybrał prelegent drogę pochwową w celu rozwiązania rodzącej. rozszerzył bliznowate zwężenia w pochwie, wykonał obrót i wydobył wśród znacznego oporu przy wytaczaniu główki płód omdlały, którego docucić nie zdołano. — Kol. K. sądzi, że postępowanie to było dla chorej bezwarunkowo najkorzystniejsze, a także ze względu na płód usprawiedliwione, gdyż zdolność jego do życia była w tym czasie ciąży w każdym razie watpliwa. Wobec zmienionych przez poprzednie pęknięcie macicy stosunków, cięcie cesarskie byłoby w tym przypadku zabiegiem bardzo ciężkim, który tylko w celu ratowania życia donoszonego płodu dałby się był usprawiedliwić.

W dyskusyi oświadcza kol. Mars, że byłby w tym przypadku przecież zdecydował się na cięcie cesarskie

Sekretarz: *Dr. Kwiatkiewicz.*

Posiedzenie z dnia 7 listopada 1900.

Przewodniczący: kol. Festenburg. — Członków obecnych 9; gości 3.

1. Kol Bocheński przedstawia chorą z *moluscum fibrosum* wielkości gruszki w prawej wardze sromowej większej. Chora była przed kilku laty operowana z powodu podobnego guza w tem samem miejscu, możebnem więc jest, że przy pierwszej operacyi pozostawiono cząstkę nowotworu. który odtąd urósł do dzisiejszej wielkości.

W dyskusyi podnosi kol. Mars rzadkość takich nowotworów i zastanawia się nad możliwą genezą guza.

Kol. Łukasiewicz przypuszcza, że guz ten wychodzi ze skóry, podobnie, jak to i w innych miejscach bywa.

Kol. Bocheński zaś uważa że najprawdopodobniejsze, że wyszedł on z wiązu okrągłego macicy. Sprawę tę rozstrzygnie dopiero badanie drobnowidowe.

2. Kol. Łukasiewicz mówi na zaproszenie Wydziału: »O leczeniu kiły wstrzykiwaniem 5% sublimatu — ze względu na kobiety«.

W dyskusyi przemawiają koledzy: Strojnowski, Skałkowski, Kośmiński, Mars i prelegent.

3. Kol. Sołowij demonstruje preparaty trzech miednic kostnych: Jedna z nich ma wszystkie znamiona rozmiękczenia kości. Należała ona do osoby, która przybyła na klinikę z porodem zaniedbanym; w dłuższy czas po odejściu wód płodowych i po wykonaniu cięcia cesarskiego w sześć dni zmarła na zapalenie otrzewny. — Druga ogólnie, jednostajnie zwężona, pochodzi od chorej, która okazywała wybitny *habitus masculinus*. Przybyła ona swego czasu na klinikę z *haematometra;* wówczas wykonano laparotomię i wytworzono sztuczną komunikacyę tak, że chora opuściła klinikę w stanie znacznie polepszonym. Po roku jednak powstała na nowo *haematometra*, chora powróciła do zakładu w stanie rozpaczliwym i zmarła wkrótce po wykonaniu *extirpatio uteri*. Trzecia miednica jest typowo płaską.

W dyskusyi przemawia kol. Mars.

Sekretarz: *Dr. Kwiatkiewicz.*

Posiedzenie z dnia 12 grudnia 1900.

Przewodniczący: kol. Festenburg. — Obecnych członków 10.

1. Kol. Sołowij przedstawia chorą po wyjęciu prawej nerki, o której mówił obszernie na posiedzeniu z d. 14 lutego 1900. Przebieg

pooperacyjny był zupełnie prawidłowy; osoba ta ma się obecnie całkiem dobrze. — Dalej przedstawia drugą chorą, u której wykonano laparotomię: przed ośmiu laty wyjął kol. Cercha w Krakowie tą drogą torbiel jajnikowy; przed dwoma laty wykonał prelegent drugą laparomię z powodu takiegoż nowotworu po drugiej stronie, a na wiosnę 1900 przybyła chora znowu na klinikę z guzem w tylnem sklepieniu, który powodował znowu krwotoki. Wykonano więc w czerwcu po raz trzeci laparotomię i wydobył torbiel pozaotrzewnowy.

W dyskusyi podaje prelegent na zapytanie kol. Kośmińskiego, że dopiero po trzeciej operacyi, przy której szyto katgutem, uzyskano w powłokach bliznę, która dotąd dobrze trzyma.

2. Kol. Sołowij demonstruje preparat *carcinoma portionis in gravida* w 6-tym miesiącu ciąży. W przypadku tym wykonał prelegent *extirpatio uteri per vaginam* z zmienioną techniką operacyjną. W pierwszym swoim przypadku używał klamer, które mogą jednak sprawiać trudności przy wydobywaniu płodu. Dlatego stosował tym razem trakcyę i dopiero potem podwiązał więzadła. Krwawienia nie było. Najważniejszą rzeczą są tu pewne narzędzia.

W dyskusyi przyznaje kol. Kośmiński tej metodzie teoretyczną racyę.

3. Kol. Sołowij wygłosił następnie odczyt: »W sprawie leczenia pęknięcia macicy podczas porodu.« Prelegent podaje nasamprzód statystykę szkoły położnych we Lwowie z ostatnich trzech lat, podług której wydarzyło się na około 3000 porodów, osiem pęknięć macicy. Z tych było 6 dobrowolnych, a tylko dwa spowodowane obrotem, wykonanym po za zakładem przy zaniedbanych porodach. Jako niezwykły opisuje S. dokładniej przypadek dobrowolnego pęknięcia dna macicy, które wystąpiło po ośmiogodzinnej pracy porodowej u osoby z miednicą płaską (c. v. $9^1/_2$ cm.), młodej i dobrze odżywionej, która przedtem 2 razy zupełnie dobrze rodziła żywe dzieci. Co do leczenia, to stosowano w 4 przypadkach tamponadę, dwa razy wykonano laparotomię i zeszyto macicę, a raz wyjęto macicę przez pochwę. (Jeden przypadek nie rozpoznany *in viva* z powodu braku objawów pozostał bez leczenia). Tylko dwie z tych chorych pozostały przy życiu: jedna *ruptura incompleta*, leczona tamponadą i jedna *ruptura completa* po laparotomii i zeszyciu macicy. Uwzględniając ten własny materyał omawia prelegent najnowsze zapatrywania co do leczenia pęknięcia macicy podczas porodów i konstatuje, że wyniki są dotychczas bardzo nie świetne, czego powód leży prawdopodobnie w tem, iż przypadki te są zwyczajnie już zakażone.

W dyskusyi zaznacza kol. Mars, że w wyborze sposobów leczenia należy każdy przypadek indywidualizować, a oceniając poszczególne metody, odliczyć przedewszystkiem przypadki już zakażone, jako stracone. Wobec faktu, że brzegi rany maciczne są zawsze mniej lub więcej zmiażdżone, należałoby je przed zeszyciem każdym razem odświeżyć.

Kol. Skałkowski sądzi, że w wyborze sposobu leczenia rozstrzyga raczej krwotok, gdyż pytanie czy zakażenie już nastąpiło w obec świeżego przypadku, nie da się zawsze rozstrzygnąć.

Kol. Kośmiński uważa każdy przypadek za zakaźny, który oprócz operatora ktoś inny jeszcze badał. Ważniejsze jeszcze, jak zmiażdżenie macicy, są spustoszenia w otoczeniu rany: radzi więc zawsze sączkować a zaszywać powłoki brzuszne po laparotomii, tylko w wyjątkowych razach.

Kol. Sołowij stwierdza, że oddawał przedtem pierwsze miejsce laparotomii, dzisiaj jednak wybrałby wobec przypadków zakaźnych drogę pochwową. *Dr. Kwiatkiewicz*, sekretarz.

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

Boas (Berlin): *Symptomatologia, rozpoznanie i kliniczny przebieg »colitis membranacea«*. Cierpienie to występuje najczęściej (80—90%) u kobiet, u których istnieją także zmiany w położeniu narządów brzusznych, zagięcia i zrosty jelitowe; może ono być albo samoistne, albo powikłane z innemi zmianami w kiszce grubej. Znamienną cechą tej choroby są twory błoniaste, odchodzące z wypróżnieniami, połączonemi często z kolką jelitową: nie mniej znamiennym objawem większości przypadków bywa nawykowe zaparcie stolca naprzemian z biegunką, mogące trwać całymi miesiącami, a nawet latami. Dołączają się do tego przypadłości ze strony układu nerwowego i zaburzenia w odżywieniu, jako następstwo upośledzonego łaknienia. Rozważywszy więc powyższe objawy, a wykluczywszy *colitis membranacea artificialis*, która się pojawia bardzo często po wlewaniach rozczynów ściągających (garbnik, octan ołowiowy i t. d.), rozpoznanie łatwo ustalić. Cierpienie to jest przewlekłe i zależy wielce od stopnia zwiotczenia jelit.

Pierwszy koreferent Mannaberg (Wiedeń): Należy odróżnić nieżyt błoniasty *(enteritis membran.)* od kolki śluzowej *(colica mucosa)*. Pierwszy jest cierpieniem nieżytowem jelita grubego, często się pojawiającem, o przebiegu podostrym lub przewlekłym, przyczem wypróżnienia zawierają wiele śluzu, — przeciwnie znów *colica mucosa* bardzo rzadko się pojawia i znamionuje się gwałtowną bolesnością brzucha, występującą napadowo, połączoną z odchodami mas śluzowych. Każda z tych dwóch chorób jest dla siebie cierpieniem odrębnem. Patogeneza pierwszego jest ta sama, jak nieżytu jelita grubego w ogólności: natomiast kolka śluzowa wytwarza się na tle ogólnej neurastenii lub histeryi, wobec czego można ją uważać za nerwicę kiszek, której objawy (napady bolesności) bywają wywoływane przedewszystkiem przez schorzenia narządu rodnego, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, następnie skutkiem przewlekłego zaparcia stolca lub drażniących wlewań, wreszcie jako następstwo ustrojowego schorzenia jelit. Anatomia patologiczna nie wykazała dotychczas nic istotnego co do kolki śluzowej.

Drugi koreferent Matthieu (Paryż): W przebiegu *colite mucomembraneuse* istnieje z reguły kurczowe zaparcie stolca, biegunka jest zwykle następstwem powikłania. To cierpienie występuje w całej pełni u osób nerwowych, okoliczność, którą leczenie winno uwzględnić; dlatego autor zaleca szczególniej olej rącznikowy, wysokie wlewania i wilczą jagodę; wszystkich zaś innych środków, któreby mogły podnieść siłę wydzielniczą błony śluzowej lub powiększyć kurcz ścian jelitowych, należy unikać. Olej rącznikowy podaje się zrana w małych dawkach naprzemian z lewatywami ($1^1/_2$—$2^1/_2$ l.) o małem parciu i wolno stosowanemi, ogrzanemi do ciepłoty 40°. Wlewania kiszkowe (woda + salicylan sodowy lub dwuwęglan sodowy) uśmierzają drażnienie i kurcz jelitowy, sprowadzają wypróżnienie, nieraz bardzo obfite; nadto zaleca mówca usilnie cieplo kąpiele i także zmywania.

Dyskusya. Langenhagen (Plombières) sądzi, że obok głównej postaci, znamionującej się zaparciem stolca, można przyjąć drugą, połączoną z stałą biegunką; znalazł bowiem 32 takich przypadków na 600 spostrzeganych: w 9 zaś przypadkach na 100 znalazł kamienie jelitowe.

Dieulafoy (Paryż) roztrząsa związek, zachodzący między *enterocolitis mucosa*, a zapaleniem wyrostka robaczkowego, które, według mniemania niektórych autorów, może się z pierwszego cierpienia rozwinąć. Zapatrywanie to jest jednak błędne, nigdy bowiem nie znaleziono u takich chorych oznak zapalenia jelita ślepego, nawet jeśli sprawa chorobowa przeszła na jelito ślepe; autor na 117 przypadków, operowanych wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego, raz jeden znalazł *enterocolitis mucosa*. Są jednak chorzy, którzy mają biegunkę w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego; objaw ten ustępuje po operacyi. W jednym przypadku przypuszczano zajęcie wyrostka; dokonana operacya stwierdziła, że wyrostek robaczkowy jest zupełnie prawidłowy, a bolesność była jedynie skutkiem *colitis mucosa*.

Ewald (Berlin): Istnieje wprawdzie odrębna postać *enteritis membranacea*, która bywa następstwem zapalenia lub zadrażnienia błony śluzowej jelit, n. p. po czerwonce, albo po ostrem lub przewlekłem zapaleniu kiszek; większość atoli przypadków jest pochodzenia nerwowego. Co się zaś tyczy patogenezy t. zw. *colitis mucosa* i *enteritis membranacea*, to niema między niemi zasadniczych różnic; rozchodzi się tylko o różne objawy jednej, a tej samej choroby, za czem przemawiają: 1) częstość pojawiania się u kobiet: 2) wikłanie się z schorzeniami narządu rodnego, a szczególniej macicy; 3) równoczesne istnienie *achyliae gastricae*, jako wyrazu ogólnej neurastenii; 4) wystąpienie tych obydwóch stanów chorobowych naprzemian u tego samego osobnika; 5) zaparcie stolca nie jest przyczyną cierpienia, często bowiem napotkać można biegunkę i 6) wyleczenie z ustąpieniem neurastenii. — Einhorn (Nowy-York) również przyjmuje tło nerwowe. (Ciąg dalszy nast.)

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

PROTOKÓŁ

z V. posiedzenia pełnej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej z dnia 30 stycznia 1901.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg, członkowie Izby: Dr. Bylicki, Dr. Lechowski, Dr. Lutyński, Dr. Muszkiet, Dr. Papée, Dr. Piaskiewicz, Dr. Pisek, Dr. Wysocki, zastępca Dr. Ruczka.

Nieobecni Dr. Eckhardt, Dr. Sobierański, Dr. Żukowski.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezydent zdaje sprawę z czynności Wydziału od ostatniego posiedzenia Izby, tj. od 15 grudnia 1900. Wydział Izby wniósł przedstawienie do c. k. Namiestnictwa w sprawie Kumulacyi posad lekarzy powiatowych z posadami przy c. k. urzędach salinarnych. W myśl uchwały Izby z 15 grudnia r. z. wniósł Wydział do c. k. Namiestnictwa projekt kasy zapomogowo-pensyjnej z prośbą o zatwierdzenie; odpowiedź odmowną, jaką Namiestnictwo dało, odczytuje prezydent w całości. Wobec odmowy Wydział zamierzał początkowo wnieść rekurs do c. k. Namiestnictwa; po zasięgnięciu jednak informacyi od tej myśli odstąpił i zamierza jedynie wnieść rekurs co do interpretacyi § 13 ustawy o Izbach lek. przez c. k. Namiestnictwo. Prezydent zawiadamia następnie o wybraniu Izby bukowińskiej Izbą gospodarczą; o projekcie Izby czeskiej, by telegramy, adresowane do lekarzy w porze nocnej, natychmiast im doręczano i o odpowiedzi, jaką Wydział na ten projekt wygotował. Następnie o piśmie Izby wiedeńskiej, w którem ona zachęca do wybierania lekarzy na posłów do Rady państwa. W tej sprawie Wydział wyraził zapatrywanie, że nie widzi w tem realnej korzyści dla całego stanu, motywując to tem, że bardzo mało jest lekarzy, którzyby bez uszczerbku własnego mogli w Radzie państwa zasiadać; ci zaś nieliczni, którzy nie potrzebują oglądać się na straty materyalne, wchodząc do Rady państwa, giną w wielkich klubach, zapominając o tem, że są lekarzami. Natomiast zwrócił Wydział na to uwagę, że daleko korzystniejszem byłoby dla ogółu lekarskiego, gdyby Izbom lekarskim przysługiwało z mocy ustawy prawo reprezentacyi w Radzie państwa, tak jak to mają Izby handlowe. Taki wniosek zamierza Izba lwowska postawić na przyszłym wiecu Izb.

Dalej wspomina prezydent o odbyć się mającym jubileuszu Virchowa i wyjaśnia powody, dla których na razie tę sprawę z porządku dziennego usuwa.

Następnie zdaje sprawę z kroków, przez Wydział poczynionych, celem udzielania informacyi c. k. Administracyi podatkowej o stosunkach zarobkowych lekarzy.

W końcu zawiadamia o skazaniu jednego z techników dentystycznych za przekroczenie ustawy na grzywnę, a to w skutek ingerencyi Izby. W przypadku, również przez Izbę poruszonym, technik dentystyczny za nieprawne używanie godła ukarany przez Magistrat, orzeczeniem c. k. Namiestnictwa od grzywny został uwolniony. Przeciw temu orzeczeniu Namiestnictwa Wydział postanowił wnieść rekurs do c. k. Namiestnictwa.

W dyskusyi nad sprawozdaniem Prezydenta Dr. Lechowski postawił wniosek wniosek wniesienia rekursu przeciwko interpretacyi § 13 ust. o Izb lek. przez c. k. Namiestnictwo, i drugi wniosek, by upoważnić prezydenta, by z przybraniem jednego członka Wydziału udał się do Wiednia i tam osobiście w Ministerstwie sprawę poparł. Oba wnioski uchwalono.

3) Sprawozdanie, co do ilości lekarzy i udzielonych uwolnień w roku 1900, odczytał dr. Papée.

Z końcem 1899 stan lekarzy do Izby przynależnych wynosił	653
w ciągu roku 1900 ubyło	27
pozostało	626
W ciągu roku 1900 przybyło nowych	43
stan z końcem roku 1900 wynosi	669

Podań o uwolnienie od opłaty w ciągu roku wpłynęło 51. Z tego uwolnień udzielono 45, jużto w połowie, już w $^2/_3$ części, nie uwolniono 2, w zawieszeniu pozostaje 4.

4) Sprawozdanie ze stanu kasy zdaje Dr. Pisek i wnosi uchwalenie opłaty rocznej w tej samej wysokości, tj. 12 koron. W dyskusyi nad tą ostatnią sprawą Dr. Ruczka wnosi o obniżenie opłaty o jedną koronę rocznie. Przeciwko temu przemawiają Dr. Wysocki, Dr. Festenburg, Dr. Papée i Dr. Pisek. Dr. Lechowski, sprzeciwiając się również obniżaniu opłaty, przypomina staranie Izby o stworzenie kasy zapomogowej, zwraca uwagę na nizkie koszta administracyi i oszczędność przez Izbę przestrzeganą w każdym kierunku, do której sami delegaci się przyczyniają, nie pobierając za podróż na posiedzenia, ani dyet, ani zwrotu kosztów podróży. W głosowaniu przyjęto wniosek, przedstawiony przez skarbnika.

Imieniem komisyi rewizyjnej Dr. Wysocki stwierdza zgodność ksiąg kasowych i zamknięcia rachunkowego i wnosi o udzielenie absolutoryum skarbnikowi. Przyjęto.

5) Do komisyi rewizyjnej na r. bieżący wybrano Drów Smolarskiego i Lutyńskiego.

6) Wnioski członków: Dr. Papée wnosi, aby w sprawozdaniach, jakie Rada honorowa ogłasza, podawano nazwisko tych, których Rada uznała winnymi. Wniosek powyższy popierają Dr. Pisek i Dr. Lechowski, Dr. Bylicki modyfikuje go o tyle, aby ogłaszanie było zostawione decyzyi Rady do pewnych przypadków, jako zaostrzenie kary. Przeciw wnioskowi przemawia Dr. Muszkiet. Wniosek Dra Papée upadł przy głosowaniu. Przyjęto następnie wniosek Dra Piaskiewicza, aby Izba wybrała komisyę z 3, któraby porozumiała się z Tow. lekarzy galicyjskich, celem wydatniejszego zużytkowania majątku, jaki Towarzystwo posiada. Do komisyi tej wybrano prezydenta, Dra Byli- i Dra Lechowskiego.

Na wniosek prezydenta i Dra Lechowskiego uchwalono nałożyć 10 koron grzywny na tych członków Izby, którzy nieusprawiedliwią swej nieobecności na posiedzeniu pełnej Izby.

Przyjęto wniosek prezydenta, żeby na przyszłość wszystkie wnioski, jakie członkowie czynić chcą na posiedzeniach pełnej Izby, przedkładano Wydziałowi pisemnie na tydzień przed posiedzeniem Izby.

Na tem obrady zakończono.

Lwów, dnia 30 stycznia 1901.

Dr. Papée sekretarz. *Dr. Festenburg* prezydent.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 21 lutego 1901.

* Towarzystwo Lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, wobec nader licznego zgromadzenia członków, radca budownictwa p. R. Ingarden miał nader pouczający odczyt „O wodociągu krakowskim.“

* Przewodniczącym krakowskiego oddziału Towarzystwa im. Kopernika na r. 1901 wybrany został prof. N. Cybulski. Towarzy-

stwo to pracuje obecnie z zdwojoną siłą w celu założenia muzeum przyrodniczego im. Kopernika. Aby uzbierać odpowiedni fundusz, Towarzystwo urządziło w roku ubiegłym szereg odczytów publicznych »O powietrzu«, które przyniosły 573 kor. czystego dochodu. W roku bieżącym urządzonym będzie 2gi szereg odczytów na temat „Elektryczność i jej zastosowania“ z programem następującym: 21 lutego Doc. Dr. Heinrich: Mechaniczne sposoby otrzymywania prądu; 25 lutego prof. Dr. A. Witkowski: Fale elektryczne; 28 lut. p. L. Klecki: Telefon i telegrafon; 4 marca prof. Dr. I. Zakrzewski: Oświetlenie elektryczne; 7 marca inż. B. Urbanowicz: Tramwaj elektryczny krakowski; 9 marca Dr. T. Estreicher: Piec elektryczny; 11 marca Doc. Dr. Marchlewski: Elektroliza i elektrometalurgia; 14 marca Dr. S. Tołłoczko: Chemiczne sposoby otrzymywania prądu; 16 marca Dr. L. Bruner: Polonium Radyum i promienie Röntgena; 18 marca prof. Dr. N. Cybulski: Elektryczność zwierzęca: 21 marca prof. Dr. Wachholz: Działanie elektryczności na organizm ludzki; 22 marca prof. Dr. Smoluchowski: Pogląd na teorye elektryczności. Odczyty odbywać się będą o godzinie 6 w sali wykładowej zakładu fizycznego (ul. św. Anny 6). Bilety wcześniej dostać można w księgarni S. A. Krzyżanowskiego.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę krak. Wydziału lekar. powołującą Dr. St. Maziarskiego na stanowisko docenta do wykładów z zakresu histologii fizyologicznej.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. lwowskim otrzymali: Jan Grek, Emil Müller i Józef Świątkowski.

* Wydział lekarski lwowskiego Uniwers. zamianował asystentami: Józ. Chanię przy katedrze fizyologii i Dr. Kaz. Panka na dalsze dwa lata przy katedrze higieny, a demonstratorem na dalszy rok przy katedrze farmakologii Kaz. Orzechowskiego.

* Dnia 16 b. m. otwarty został zakład zimowy w Swoszowicach dla potrzebujących kąpieli siarczanych. Liczbę łazienek i pokojów mieszkalnych pomnożono, a wielką werandę zamieniono na ogród zimowy; dalsze ulepszenia i przeobrażenia są w toku.

* Dr. Jan Borzymowski otworzył w Warszawie „pracownię sterylizacyjną“ w której wyjaławia opatrunki chirurgiczne, ginekologiczne oraz wszelkie inne środki opatrunkowe. Wyjaławianie odbywa się przez 15 minut w przyrządzie Waillarda, parą, bez dostępu powietrza, pod ciśnieniem jednej atmosfery. W tych warunkach giną wszystkie bakterye, oraz najodporniejsze zarodniki.

* Przewodniczący Stowarzyszenia im. Röntgena w Londynie uchwalił nadać medal złoty wynalazcy ulepszonej rury Röntgena, tak do zdjęć fotograficznych jak i do spostrzeżeń na płycie fluoryzującej.

* Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża w Berlinie, zastanawiało się nad sposobem najdokładniejszego wyjaławiania używanych przez suchotników spluwaczek; uznano, że najlepszym środkiem jest wystawienie spluwaczek na silne działanie pary, w czasie wypróżnienia do zlewu kanałowego.

* Izba lekarska wiedeńska postanowiła wezwać lekarzy posłów do parlamentu, ażeby solidarnie i energicznie zajęli się sprawami zawodu lekarskiego; szczegółowo atoli nie wskazano, co posłowie-lekarze właściwie zdziałać mają. Zdaje się, że lekarze delegaci do Rady państwa nie mają zupełnie pola w parlamencie do poprawienia złych stosunków zawodu lekarskiego; punkt ciężkości spraw lekarskich spoczywa nie w Radzie państwa, lecz w Sejmach krajowych.

* Związek niemiecki dla ochrony zdrowia publicznego odbędzie Zjazd tegoroczny w Rostoku dn. 18, 19 i 20 września. Uchwalono następujące tematy do rozpraw: 1) Lekarz okręgowy i komisye zdrowotne podług nowej ustawy pruskiej i ich znaczenie dla gminy i państwa. 2) W jakiej mierze mogą być dopuszczone przetwory chemiczne do konserwowania pożywek. 3) Budowa ulic i powstawanie kurzu. 4) Postęp centralnego ogrzewania oraz przewietrzania mieszkań i budowli publicznych w ostatniem 10-leciu.

* Dr. Petri objął kierownictwo w Sanatoryum w Görbersdorfie.

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajnymi profesorami mianowani zostali: Doc. chirurgii Marwedel i Doc. psychiatryi Nissel, obaj w Heidelbergu: Dr. Fibiger mian. został prof. anatomii w Kopenhadze. Doc. Braus mian. prof. nadzw. anatomii porównawczej w Heidelbergu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Józef Leśniowski, lekarz pow. grojeckiego i kalwaryjskiego, zmarł w 65 r. życia. Dr. Weiss, prof. nadzwycz. okulistyki w Heidelbergu, zmarł w 52 r. życia. Dr. Karol Tymiński, l. 27, zmarł w Łomży z duru. Dr. Włodzimierz Preininger, znakomity dziennikarz czeski, zmarł w Pradze.

Zapiski bibliograficzne.

— *Zdrowie* Nr. 2: Landau: O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich. Stróżewski: W kwestyi higieny życia płciowego.

— *Kronika Lekarska* Nr. 3: Hołowko: O śródmacicznem stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie. Wisłocki: Nowoczesne poglądy na symptomatologię i terapię padaczki (dok.).

— *Medycyna* Nr. 7: Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1899. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 7: Bucelski: Czynniki wywołujące bezwład postępowy. Czajkowski J.: O wyborze metody operacyjnej i wskazaniach do leczenia doszczętnego przepuklin pachwinowych wolnych (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 7.: Kopfstein: Zpráva o 205 operacích průtrže provedených ve veřejné okresní nemocnici cisaře Františka Josefa I w Mladé Boleslavi (dok.) Mrázek: O lázních slunečních a své telných (dok.). Peterka: Tři případy tetanu po vstříknutí antidiftherického sera.

— *La Presse médicale* Nr. 13.: Prof. Dieulafoy: »Wymioty czarne« zapalenie żołądka wrzodliwe krwotoczne w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Dr. G. Dieulafoy: Dur brzuszny o cechach zapalenia wyrostka robaczkowego. Operacya, zgon. Nr. 14.: Launois: O spermatozoidach.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 7: Kunik: O funkcyonalnych wynikach przeszczepiania ścięgien w zniekształtnieniach porażennych, zwłaszcza w rdzeniowych porażeniach u dzieci. Steudel: Granice najwyższej ciepłoty dla życia. Fleischmann: Ostre połogowe wynicowanie macicy. Schaller: Wskazania do paliatywnego i doszczętnego leczenia mięsaków macicy. Guttenberg: Choroby onerwia splotu krzyżowego i ich leczenie. Sternfeld: Kwas chinowy, jako nowy lek w dnie. Berndt: Zapalenie okątnicze i obecny stan jego leczenia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 7: Menzer: Etyologia ostrego gośćca stawowego. Dietsch: Przyczynek do etyologii gorączki siennej. Sudeck: Operowanie w okresie pierwszego odurzenia eterowego. Sarfert: Leczenie operacyjne suchot płucnych. Oppenheimer: Rozkład białka podczas gotowania. Rotschild: Przyczynek do patologii i terapii zbliznowaciałego skurczenia pęcherza moczowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7: Pick: O przemijającym wpływie schorzeń w mózgu na objaw kolanowy. Urbantschitsch: O mechanicznem leczeniu niektórych postaci zawrotu głowy. Werner: Jodypina, jako wieloraki środek rozpoznawczy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 7: Gärtner: Odprowadzanie wód miejskich. Wassermann i Schütze: Nowa metoda sądowo-lekarska rozróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej. Schlesinger: Karmienie osesków mlekiem niezbieranem. Schwarzwäller: Spędzanie płodu zapomocą trucizn.

Redakcya otrzymała:

Talko-Hryncewicz: O czumnych zabolewaniach w Mongolii 1901. Świtalski M.: Les lesions de la moelle épinière chez les amputés. (Odbitka z »Revue neurologique«, 1900). Tumpowski A.: O badaniu bakteryologicznem mięsa ze sklepów i jatek łódzkich. (Odbitka z »Czasopisma Lekarskiego« Nr. 2. 1901).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Główny skład dla Galicyi i Bukowiny

Pomiędzy naturalnemi wodami szczawowemi zajmuje
Woda
Krondorfska
alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelne miejsce.

Perlberger Schenker, Kraków, Poselska 15.